



75 5616-1

- Anatomie obstétricale -

- Cours de M^{lle} Docteur Ouvard -

Anna Lherbier élève sage femme

à la Maternité Boulevard de Port-Royal

- Paris -

- Cours de M^r Auward -

- Anatomie obstétricale -

Bassin - On appelle cette partie du squelette bassin (ou pelvis) parce qu'on le compare à l'ancien plat dont se servaient autrefois les barbiers. Il se compose de différents os qui sont : en arrière, le sacrum qui s'articule supérieurement avec la colonne vertébrale et qui est la continuation inférieure de cette colonne ; il se continue en bas avec un petit os le coccyx. De chaque côté sont les deux os iliaques qui viennent se terminer en avant et se réunissent au pubis ou symphyse pubienne. Ce bassin est donc une véritable ceinture osseuse constituée en arrière par le sacrum et le coccyx, latéralement par les os iliaques ; cette ceinture est reliée aux membres inférieurs par les deux fémurs qui s'articulent aux os iliaques au niveau de l'articulation de la hanche ; elle se réunit encore à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation sacro-lombaire. Ces différents os sont réunis entre eux par des articulations. De chaque côté du sacrum existe une articulation qui joint cet os avec os iliaques et que l'on appelle

articulation sacro-iliaque; en avant l'on voit une autre articulation qui réunit les deux os iliaques, c'est l'articulation de la symphyse-pubienne; inférieurement il existe une articulation qui joint la partie inférieure du sacrum au coccyx, elle est appelée sacro-coccygienne.

Sacrum - Le sacrum est un os sacré, ainsi nommé parce que dans l'antiquité on l'offrait en sacrifice aux Dieux. Du paganisme, c'est un os impair symétrique, il a la forme d'une pyramide quadrangulaire dont la base serait dirigée en haut et le sommet en bas. Il offre à étudier 4 faces: une face antérieure en avant, une face postérieure en arrière, une base, un sommet et le canal sacré. Les bords latéraux.

Base - La base du sacrum s'articulant avec la colonne vertébrale, présente une petite facette articulaire, s'articulant à la face inférieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire; en dehors de cette facette, de chaque côté, il y a deux autres petites facettes qui sont les ailes du sacrum ainsi nommées à cause de leur ressemblance avec des ailes de papillon. En arrière, un petit canal ou Kunnel

qui chemine dans toute la longueur du sacrum et qui s'ouvre à la partie supérieure et vient déboucher à la partie inférieure, c'est le canal sacré qui fait suite au canal lombaire. De chaque côté de ce canal, il y a encore 2 petites saillies qui sont les apophyses articulaires destinées à s'articuler avec les apophyses analogues qui sont sur la dernière vertèbre lombaire. À l'autre extrémité (sommet) il existe une petite facette articulaire analogue à celle qui se trouve sur la base, mais plus petite, elle s'articule avec une autre facette analogue qui est sur la base du coccyx. De chaque côté de cette facette on remarque 2 petites cornes qui sont comme 2 prolongements et qui sont les cornes sacrées.

Face postérieure À la face postérieure en haut de chaque côté on trouve 2 apophyses articulaires, s'articulant avec les dernières vertèbres lombaires, sur la ligne médiane, l'entrée du canal sacré et une série de saillies plus ou moins volumineuses suivant les sacrum.

Face antérieure - La face antérieure est concave et présente des petites sillons transversales, qui sont les restes de la suture des vertèbres sacrées. En dehors de cette partie médiane se trouvent les trous sacrés antérieurs au nombre de 8 qui pénètrent directement au canal et de ces trous s'échappent des branches nerveuses qui se réunissent ensemble pour former des nerfs et en particulier le nerf sciatique qui va innervé une grande partie des membres inférieurs. En dehors de ces trous, il y a une petite surface osseuse plus large à la partie supérieure, qu'à la partie inférieure, et aboutit presque ^{sous les} aux faces latérales.

Face latérale La surface latérale présente 4 parties absolument distinctes qui sont: une surface articulaire ou auriculaire ainsi nommée parce qu'elle a une ressemblance avec l'oreille humaine. En dehors de cette surface, il existe une partie très irrégulière à laquelle on a donné le nom de tubérosité sacrée, la partie articulaire, s'articule avec celle qui se trouve sur l'os iliaque l'autre partie donne attache à des ligaments.

Développement - Le sacrum est formé de 5 vertèbres, chacune de ces vertèbres se déve-

loppent par 8 points d'ossification primitif et 3 secondaires complémentaires, sur chacun des bords latéraux de l'os existent 2 épiphyses dont une correspond à la facette auriculaire, l'autre est située sur le bord des 2 dernières pièces du sacrum.

Les vertèbres sacrées commencent à se souder entre elles vers l'âge de 8 à 10 ans, mais elles se fusionnent complètement et ne forment plus qu'un seul os vers l'âge de 18 à 16 ans; à cet âge il présentent une masse solide.

Le sacrum est très léger parce qu'il est formé de tissu spongieux, et que le canal et les trous dont il est percé contribuent à en alléger le poids.

La face antérieure du sacrum à sa partie supér., à une largeur de 11 centimètres à 11 cent. $\frac{1}{2}$; sa hauteur du milieu du promontoire à l'articulation sacro-coccygienne est de 9 $\frac{1}{4}$ à 11 centimètres; sa longueur en suivant la courbure de l'os est de 11 à 12 centim. cette face est en rapport avec le rectum.

Coccyx - Le coccyx est formé par la réunion de 3 petites vertèbres (ou fausses vertèbres) qui continuent le sacrum et ~~se~~ termine la colonne vertébrale. Le coccyx dans le monde, est appelé crupion.

au bord inférieur, et en bas s'arrête à la saillie ou
ligne innominée - qui constitue le Déroit supérieur.

La fosse iliaque interne s'arrête en arrière à une
petite surface rugueuse qui se compose elle-même
de 2 parties qui sont les suivantes: 1^{re} une petite
surface appelée facette articulaire ou ^{au} auriculaire
en arrière on voit une surface inégale rugueuse qui
présente des dépressions ou saillies et qui s'appelle
la tubérosité iliaque, qui correspond avec la
facette articulaire et la tubérosité sacrée du Sacrum

La partie inférieure de la ligne innominée présente
à étudier le trou obturateur; derrière ce trou obturateur
se trouve une petite surface osseuse qui correspond
à la cavité cotyloïde; en avant de ce trou on voit
une autre surface osseuse beaucoup moins résis-
tante que la précédente, cette partie constitue le
pubis. Entre le pubis et cette surface osseuse, on voit
une autre surface osseuse qui est la surface pectinéale.

À la partie inférieure on voit une petite tubérosité
qui constitue la partie la plus inférieure et qui se
nomme l'ischion; entre l'ischion et le pubis
il y a la branche ischio-pubienne; cette branche
a été divisée en 2 parties: la branche supérieure
appelée branche descendante du pubis; la branche

inférieure appelée *traverse ascendante* de l'ischion
A la face interne du trou obturateur on voit une
petite gouttière qui se continue et laisse passer les
vaisseaux et les nerfs obturateurs.

La face externe de l'os iliaque représente une large surface
lisse, convexe à la partie antérieure, et concave à sa
partie postérieure, c'est la fosse iliaque externe
sur laquelle on trouve 3 lignes très importantes: la
ligne demi-circulaire supérieure et la ligne demi-cir-
culaire inférieure; la ligne demi-circulaire supérieure
part du bord supérieur de l'os, à 4 centimètres en
avant de l'épine iliaque postérieure et supérieure
et se dirige en bas vers la grande échancrure sciatique
et laisse entre elle et le bord postérieur de l'os, une
petite surface irrégulière, d'aspect rugueuse, qui
donne attache au muscle grand fessier, la
ligne demi-circulaire inférieure commence, en bas,
au niveau de la grande échancrure sciatique
à 1 centimètre en avant de la terminaison de la
ligne demi-circulaire précédente; elle se dirige en
haut et en avant vers le bord supérieur de l'os
où elle se confond avec la crête iliaque, sur un
point situé à environ 3 centimètres en arrière de
l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Entre ces 2 lignes se trouve une large surface
de forme triangulaire qui donne attache au
muscle moyen fessier. En avant de la ligne
inférieure on voit une autre surface beaucoup
plus considérable qui reçoit l'insertion du muscle
petit fessier. Au dessous de cette surface l'on voit
une cavité de forme hémisphérique, c'est la cavité
cotyloïde elle est lisse et cartilagineuse, c'est dans
cette cavité que vient s'articuler la tête du fémur
l'arrière pied donne attache au ligament rond ou
interarticulaire de l'articulation coxo-fémorale. Le
rebord de la grande cavité est mince, tranchant, sinueux,
il présente 2 légères dépressions et une échancrure pro-
fonde; la dépression antéro-supérieure répond au tendon
du muscle pyramidal, la dépression antéro-inférieure
répond à la gouttière dans laquelle glisse le tendon des
muscles psoas iliaques. L'échancrure antéro-inférieure
donne passage aux vaisseaux.

Au dessus de la cavité cotyloïde la face externe pré-
sente le trou obturateur au sous-pubien, ses bords
sont minces dans toute leur étendue, une mem-
brane fibreuse appelée membrane obturatrice ferme
complètement le trou sous-pubien excepté à
l'endroit où la gouttière obturatrice donne passage.

aux vaisseaux et aux nerfs obturateurs.

Le bord supérieur ou crête iliaque est très épais et continu. En Sitalique, il présente 3 lèvres et un interstice. La lèvre externe donne insertion au muscle grand oblique, l'interstice au muscle petit oblique et la lèvre interne au muscle transverse.

Le bord antérieur en procédant de sa partie supérieure à sa partie inférieure offre à étudier l'épine iliaque antérieure et supérieure qui constitue l'angle antérieur et supérieur, au dessous une petite échancrure, une seconde saillie qui se nomme l'épine iliaque antérieure et inférieure; au dessous on voit une autre petite échancrure et une 3^{me} saillie qui est l'éminence ilio-pectinée. après cette saillie le bord redevient mince, c'est la branche horizontale du pubis. Ensuite on voit une toute petite saillie qui est l'épine du pubis, et une autre petite surface articulaire la symphyse-pubienne. Le bord inférieur est formé de la branche ischio-pubienne appelée encore branche descendante de l'ischion ou branche descendante du pubis.

L'ischion forme l'angle postérieur et inférieur de l'os iliaque.

Le bord postérieur ou abut de la partie inférieure

partie supérieure présente à étudier l'ischion.
au-dessus de l'ischion, on a la petite échancrure sciatique
au-dessus 1 saillie qui forme l'épine sciatique, ensuite
une grande échancrure qui est l'échancrure sciatique
ensuite l'épine iliaque postérieure et inférieure,
fait suite toujours en remontant au bord supérieur
une légèr échancrure et ^{une saillie} l'épine iliaque postérieure
et supérieure et une grande ligne qui va rejoindre
la crête iliaque au bord supérieur de l'os iliaque.

- Articulations du bassin -

Les articulations. Les os du bassin sont réunis
entre eux au moyen de ligaments qui assurent
la solidité de ces articulations. Elles appartiennent
toutes à l'ordre des amphiarthroses ou symphyses.
Symphyse pubienne. Cette articulation résulte du
rapprochement des facettes ovalaires de la portion
verticale des os pubis. Les moyens d'union
sont: 1^{er} un ligament pubien antérieur
formé de fibres très minces, s'entrecroise;
et allant d'un pubis à l'autre. 2nd un
ligament postérieur encore plus mince et qui
est le prolongement du périoste en arrière
des pubis 3rd un ligament supérieur épais
fibreuse recouvrant le bord supérieur des os

pubiens et allant de l'un à l'autre. 4^{nt} le triangulaire inférieur très fort, composé de fibres croisées, il donne à l'arcade pubienne sa couche irrégulière. 5^{nt} un ligament fibreux cartilagineux interosseux, faisant en arrière une saillie débordant des os et formant un ~~bourrelet~~ bourrelet que Pinard a appelé l'extrémité antérieure du diamètre sacro-pubien minimum.

Symphyse sacro-iliaque. Est formée par la réunion des facettes auriculaires du sacrum et de l'os iliaque revêtues de cartilage. Ils sont réunis par: 1^{er} ligament antérieur formé de fibres minces, s'étendant de la face concave du sacrum à l'os coxal.

2^{nt} un ligament postérieur encore appelé interosseux composé de forts ligaments étendus horizontalement du coxal au sacrum.

3^{nt} un ligament supérieur très épais qui unit la base du sacrum à la partie attenante de l'os iliaque.

4^{nt} un ligament inférieur ou vertical qui est une bande fibreuse très résistante qui part de l'os iliaque postérieure et

supérieure et va s'insérer aux environs du 3^{me}
trou sacré postérieur.

1^{er} = le grand ligament sacro-sciatique se trouvant
à la partie post.^{1^{re}} et inf.^{2^e} du bassin, il est trian-
gulaire, comme aplati vers son milieu qui est
rétréci, s'épanouit à ses extrémités qui s'insèrent
l'une à l'épine iliaque post.^{2^e} et inf.^{2^e} et
à tout le bord tranchant du sacrum et du coccyx,
l'autre en dehors et en bas, s'attache à la grande
tubérosité de l'ischion. 6^e ligament sacro-
sciatique naît aussi du bord \varnothing - sacrum
et du coccyx et va s'insérer vers l'épine
sciatique; ces 2 ligaments servent à fortifier l'arti-
culation sacro-iliaque.

Sacro-coccygienne - Cette articulation est formée
par le rapprochement du sacrum et de la
base du coccyx, elle est maintenue: 1^{er} par un
disque fibreux inter-articulaire et par une symphyse.
2^e par 4 ligaments ant.^{2^e} et post.^{2^e} composé de fibres
parallèles qui s'étendent des faces ant.^{2^e} et post.^{2^e}
et aux faces correspondantes du coccyx.

Articul. sacro-vertébrale - Cette articulation résulte
de la réunion de la 1^{re} vertèbre lombaire à
la base du sacrum. On y trouve 1^{er} un disque

interosseux fibro-cartilagineux très épais, en avant et à sa circonférence. 2^e Des ligaments en avant et en arrière faisant suite aux ligaments vertébraux. 3^e le ligament sacro-vertébral, court, épais, oblique de l'apophyse transversale de la 5^{me} vertèbre lombaire à la base du sacrum. 4^e le ligament iléo-lombaire partant de cette apophyse et allant vers la crête iliaque. Enfin pour terminer les parois du bassin, il y a encore la membrane obturatrice ou sous-pubienne et le ligament de Fallope. Cette membrane est fixée autour du trou obturateur et à l'état frais, recouverte des muscles obturateurs. Or sa partie supérieure, cette membrane est percée d'un petit orifice ovale et qui forme avec la gouttière formant dans cette partie de l'os, un canal appelé obturateur laissant passer les vaisseaux et les nerfs de ce nom. Le ligament de Fallope séparé au p^{er} de l'aine, s'établit la ligne de démarcation entre l'abdomen et le bassin.

Articulations
extrinsèques

Dans le bassin complet il y a 2 sortes d'articulations : Les articulations extrinsèques qui joignent le bassin au reste du squelette, et les art. intrinsèques qui réunissent entre elles les différentes parties du bassin.

Articulations
intrinsèques

Il y a 3 articulations intrinsèques : l'articulation lombo-sacrée et les 2 art. ilio-croco-fémorales. Les intrinsèques sont : les sacro-iliaques, sacro-crocyphiques et la symphyse-pubienne.

- Diamètres du bassin -

Au point de vue oblique on a divisé le bassin intérieurement en 2 grandes parties: le grand bassin et le petit bassin; ils sont séparés l'un de l'autre par le détroit supérieur.

Détroit supérieur - Le détroit supérieur en allant d'arrière en avant et en contournant le bassin se compose d'une partie saillante le promontoire en allant sur les parties latérales on trouve un rebord saillant c'est la ligne innominée la ligne innominée de l'os iliaque on arrive à la branche pectinée ou branche horizontale du pubis, ensuite à l'épine du pubis, à la partie supérieure de la symphyse pubienne.

Grand bassin - Le grand bassin est constitué en arrière par la partie inférieure de la colonne lombaire; par la petite surface des ailerons du sacrum, et par la fosse iliaque interne. En avant il présente une vaste échancrure fermée sur le devant par le ligament de Fallope

Il est certains diamètres importants à connaître au point de vue de l'accouchement. Il sont au nombre de quatre :

1^{er} le diamètre de Baudeloque ou diamètre sacro-pubien extérieur qui s'étend de la partie supérieure de la symphyse-pubienne à la partie supérieure du sacrum, son étendue, sur un bassin normal, est en général de 20 centimètres.

2nd un diamètre assez important, qui est le diamètre bis-épineux qui réunit les 2 épines iliaques antéro-supérieures et qui mesure 44 centimètres.

3rd un autre diamètre qui réunit les 2 parties les plus éloignées de la crête iliaque, c'est le diamètre bis-iliaque il mesure 48 centimètres. Enfin le diamètre bistrochantérien qui va d'un trochantère à l'autre et qui mesure 32 centimètres.

Petit bassin - Toutes les difficultés de l'accouchement proviennent du petit bassin. Le petit bassin a pour limites le détroit supérieur et le détroit inférieur entre ces 2 détroits se trouve l'excavation pelvienne.

Diamètres du détroit sup. Au niveau du détroit supérieur on a un diamètre antéro-postérieur, 2 diamètres obliques et 1 diamètre transverse.

Le diamètre antéro-postérieur ou promonto-symphien

part de la partie supérieure Du promontoire
à la partie supérieure de la symphyse pubienne
et mesure 11 centimètres.

Les 2 diamètres obliques sont: l'un gauche et
l'autre droit; le diamètre oblique gauche est celui qui
part de la symphyse sacro-iliaque droite, et aboutit
en avant à l'éminence ilio-pectinée gauche.

Le droit est celui qui part de la symphyse sacro-iliaque
gauche et aboutit en avant à l'éminence ilio-pectinée
droite; ils ont la même dimensions et mesurent chacun
12 centimètres.

Le diamètre transverse part des 2 points les plus
éloignés de la ligne innominée et mesure 13 à 13 $\frac{1}{4}$.

Excavation pelvienne - Les diamètres de l'exca-
vation pelvienne sont au nombre de 4. 1 diam
antéro-postérieur; 1 diamètre transverse et 2 diam
obliques. Le diamètre antéro-postérieur part
de la 2^{me} vertèbre sacrée et se dirige en avant
à la partie postérieure de la symphyse-pubienne,
il mesure 12 centimètres. Les diamètres obliques
sont: l'un gauche, l'autre droit; le diamètre
oblique gauche est celui qui part de la
grande échancrure sciatique droite et va aboutir
au milieu du trou obturateur gauche.

Le diamètre oblique droit est celui qui part de la grande échancrure sciatique gauche et aboutit au milieu du trou obturateur droit, il mesure 14 centimètres.
Le diamètre transverse part d'une plexité cotiloïdienne à l'autre et mesure 14 centimètres.

Diamètres du détroit inférieur - En arrière du détroit ~~inférieur~~ on trouve la pointe du coccyx en cheminant d'arrière en avant l'on trouve le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique toujours en se dirigeant en avant la tubérosité de l'ischion, la branche ascendante de l'ischion ou descendante du pubis, la symphyse pubienne et le ligament triangulaire de la symphyse pubienne.

Les diamètres sont au nombre de 4: le diamètre antéro-postérieur ou coccyx sous-pubien, part du coccyx et vient aboutir au dessous du pubis, il mesure 11 centimètres. Beaucoup d'auteurs disent 9 centimètres; ce diamètre est un peu variable parce que le coccyx est mobile et peut se déplacer.
Le diamètre oblique part de la partie inférieure du grand ligament sacro-sciatique et vient aboutir au milieu de la partie inférieure de la branche ischio-pubienne ou branche ascendante de l'ischion, il mesure 11 centimètres.

Le diamètre transverse ou bisischiatique qui va
d'un ischion à l'autre mesure 11 centimètres.
Certains auteurs admettent le détroit moyen.
L'excavation pelvienne est divisée en 2 parties; la
grande excavation et la petite excavation.

Le détroit a plusieurs diamètres.

Le diamètre antéro-postérieur part à l'union du
sacrum et du coccyx et arrive au milieu de
la partie postérieure de la symphyse pubienne.
il mesure 12 centimètres.

Les 2 diamètres obliques qui partent de la partie
moyenne du petit ligament et aboutissent à
la partie moyenne du trou obturateur mesure
11 centimètres en moyenne.

Le diamètre transverse ou bis-sciatique
joint les 2 épineuses sciatiques, il mesure 10 centimètres.

Le détroit moyen a une très grande importance
au point de vue de ses épineuses sciatiques; quand
elles sont très saillantes elles forment un obstacle
pour l'accouchement.

- Les muscles du bassin -

À l'intérieur du bassin on a à étudier les muscles du grand bassin et les muscles du petit bassin.

Les muscles qui ferment le petit bassin de bas en bas portent le nom de périnée.

Au niveau du grand bassin il est un muscle considérable qui est le muscle *psaos* iliaque, il se compose lui-même de trois muscles qui sont: le petit *psaos*, le grand *psaos* et le muscle iliaque. ~~Il se compose~~

L'on voit d'abord le petit *psaos* derrière lui le grand *psaos*. Le muscle iliaque passe derrière le grand *psaos*.

Le petit *psaos* **Petit psaos** - Le petit *psaos* s'insère supérieur est grêle rubannièrement à la 12^{me} vertèbre thoracique et sur la 1^{re} et aplati. vertèbre lombaire, de là ses fibres forment un

faisceau charnu qui se continue et forme un tendon qui vient s'insérer sur l'éminence ilio-pectinée; ce muscle est entouré d'aponévrose.

Tous ces muscles de l'économie sont entourés d'aponévrose, ce sont des membranes fibreuses qui les entourent, les maintiennent dans leur rapport et les empêchent pour ainsi dire de se luxer. Cette aponévrose est nommée

gascia-iliaca

Le muscle petit psoas est relativement très grêle.
Grand psoas — Ce muscle à la forme d'un fuseau, il s'insère supérieurement sur les parties latérales du corps et sur les apophyses transverses des 12 premières vertèbres lombaires et de la dernière thoracale. De là il traverse le bassin, parallèlement à la ligne innominée qu'il déborde un peu en dedans et longe le bord interne du muscle iliaque avec lequel il s'unit.

Muscle iliaque C'est un muscle large de forme triangulaire qui recouvre de chaque côté les fosses iliaques internes. Ses fibres s'attachent à la surface de la fosse iliaque interne, se dirigent en bas, passent sous le ligament de Fallope et se réunissent au tendon du grand psoas pour aller s'attacher avec lui au petit trochanter. Ce muscle dans sa portion pelvienne, sert de coussin à l'utérus gravide; quand il se contracte, il est fléchisseur et abducteur de la cuisse.

Le faisceau charnu résultant de l'union de ces 2 muscles diminue d'épaisseur à mesure qu'il devient plus insignifiant. Il recouvre l'articulation coxo-fémorale, sur laquelle il glisse par une bourse séreuse dépendant de la synoviale articulaire.

~~muscle psoas~~ - La face postérieure du muscle
iliaque est en ^{rapport} avec le muscle ~~carné~~ des ~~lombes~~
plus en ~~arrière~~ avec les apophyses transverses des vertèbres
lombaires; avec la fosse iliaque interne; avec le nerf
sciatique qui passe derrière le grand fémur.

À sa partie supérieure il est en rapport avec
le rein recouvert de sa capsule surénale, l'artère
rénale, et la veine rénale. En descendant dans le
bassin, avec l'artère utéro-ovarienne, et l'uretère
qui part du rein et se rend dans la vessie.

À droite de la colonne vertébrale au niveau du tiers
interne, est la veine cave inférieure, la veine iliaque
primitive et la

À gauche est l'aorte et l'artère iliaque
primitive et

Le muscle est encore en rapport: à droite
avec le cæcum et à gauche avec l'iléon
Aponévrose - L'aponévrose fascia-iliaca, s'insère sur
toute l'étendue de la colonne vertébrale, elle forme la
une espèce de peau par où vient passer les vaisseaux
et les nerfs; elle recouvre toute la face interne du
muscle psoas iliaque et vient s'insérer avec lui
sur le petit trochanter.

Parties molles du bassin

Petit bassin

Sur le squelette on voit un vaste orifice qui, sur le vivant est comblé par les parties molles du bassin. A la partie supérieure du petit bassin en arrière on trouve le promontoire, en avant la symphyse pubienne et sur les parois latérales la ligne innominée; puis en avant un organe de forme globuleuse, c'est la vessie; en arrière de la vessie on rencontre un autre organe, c'est l'utérus; De chaque côté de l'utérus partent deux bandes qui se rattachent sur les parois latérales du bassin, ces bandes sont appelées ligaments larges. Tout à fait en arrière de l'utérus à la partie postérieure du bassin on rencontre un autre organe qui est le rectum.

Aponévrose
pelvienne

En dessous de tous ces organes, on trouve une aponévrose garnissant toute l'excavation pelvienne et venant s'insérer latéralement sur les parois osseuses. Cette aponévrose est très résistante et recouvre une série de muscles sous-joints; elle s'insère en avant à la partie postérieure de la symphyse pubienne et sur les deux pubis; et latéralement sur les branches osseuses se limitant à l'arc externe, elle s'insère ensuite sur le contour fort mou qui correspond à

en cavité cotiloïde au niveau de la ligne innominée.
ou sur la base du Sacrum et sur la ligne
médiane au dessous du 1^{er} trou sacré.

Releveur de l'anus.

Derrière cette aponévrose on trouve une série de
muscles, dont un très vaste auquel on donne nom
de muscle releveur de l'anus ou releveur périnéal
ou releveur coccygopérinéal; il existe de chaque côté
trois faisceaux de fibres: un antérieur ou faisceau
pubien qui s'insère sur la partie postérieure du
pubis et sur ses parties latérales, puis il se dirige
d'avant en arrière et s'insère sur la ligne médiane
de la base du sacrum, ensuite sur la ligne
médiane, puis il a des fibres qui viennent s'insérer
à la partie antérieure du vagin, sur ses parties
latérales et sur la partie postérieure, sur le rectum
et revient une troisième fois sur la ligne médiane.
Le second faisceau se nomme faisceau coccygopérinéal
ses fibres s'insèrent sur la pointe du coccyx et vont
s'insérer ensuite sur une petite aponévrose qui
part de l'origine de l'épine sciatique et se dirige
d'avant sur la partie horizontale du pubis.
Le 3^{me} faisceau, ses fibres partent de la pointe
des épines sciatiques et viennent s'insérer sur
les parties latérales du coccyx.

On peut comparer ce muscle releveur de l'anus à un éventail dont le bord arrondi s'étendrait du pubis à l'épine-sciatique.

Son orifice intérieur est fermé par ces fibres excepté 2 orifices qui laissent passer les vaisseaux et les nerfs obturateurs.

Il y a deux autres muscles complémentaires qui sont : le muscle pyramidal et le muscle obturateur interne.

Muscle pyrami. Le muscle pyramidal s'insère sur la partie antérieure et latérale du sacrum puis il se dirige transversalement vers les grandes échancrures sacro-sciatiques, puis les fibres se dirigent en dehors et vont s'insérer sur le grand trochanter.

Obturator. interne Le muscle obturateur interne s'insère sur tout le pourtour du trou obturateur et sur la membrane obturatrice; de là ses fibres se dirigent en arrière et s'échappent du bassin par la petite échancrure sciatique et viennent s'insérer sur le grand trochanter.

En dessous de ces muscles qui constituent le diaphragme pelvien, il existe 4 autres muscles au niveau de l'anus, il existe deux sphincters : un sphincter interne et un sphincter externe.

Les sphincters Le sphincter interne est un muscle à fibres lisses
il se trouve dans les parois même du rectum et
de l'anus.

Le sphincter externe est un muscle à fibres striées.
il se compose de deux moitiés absolument symétriques
qui en se réunissant forment un anneau. Les
fibres de ce sphincter s'insèrent sur la pointe du
coccyx par un petit tendon aponévrotique; puis
ces fibres se dirigent en dehors les unes à droite
les autres à gauche et contourne l'anus et viennent
s'insérer sur un petit tendon nommé raphé-
aponévrotique. lorsque le sphincter externe de
l'anus se contracte il ferme l'orifice anal.

On compare le trajet des fibres du sphincter
externe, anal et du constricteur du vagin.

On voit de chaque côté les corps caverneux qui
partent de la partie inférieure des branches
ischio-pubiennes, se dirigent en avant, se
réunissent à la symphyse pubienne et s'insèrent
sur le crête du clitoris. Il existe encore deux autres

organes érectiles, les organes érectils ou bulbes du
vagin; ils se trouvent placés de chaque côté
de l'orifice vaginal, forme le constricteur
du vagin.

Constrictor De la vulve Le constrictor de la vulve est disposé autour de l'orifice vaginal comme le sphincter autour de l'anus. Il forme un anneau complet et s'insère en arrière sur les fibres musculaires du sphincter externe de l'anus, ces fibres se dirigent de chaque côté et contournaient l'orifice de la vulve et viennent se continuer sur le clitoris. Le muscle constrictor est un muscle rudimentaire.

Muscle transverse superficiel du périnée. Au dessous est un autre muscle qu'on appelle superficiel du périnée qui s'insère de chaque côté sur la partie interne de l'ischion; ces fibres s'entrecroisent avec celles du côté opposé, sur la ligne médiane, il y en a d'autres qui s'arrêtent sur le muscle constrictor du vagin n'est autre chose qu'un pont pour les autres muscles.

Muscle ischio-caverneux. Il y a encore le muscle ischio-caverneux qui n'a pas grande importance, il s'insère sur les bords de l'ischion, entoure les corps caverneux et se termine à la partie supérieure de ce corps.

Muscle De Wilson Le muscle de Wilson. Certains auteurs admettent ce muscle qui est petit et s'insère à la partie postérieure de la symphyse pubienne, et va jusqu'au niveau de l'urètre.

L'aponévrose périméale a une grande importance
il est formé en l'homme.

Aponévroses. Il existe 3 aponévroses: une superficielle, une
moyenne et une profonde, entre ces 3 aponévroses se
trouvent des muscles.

Entre la superficielle et la moyenne se trouve un
muscle: le constricteur, il est plus en arrière
et transverse superficiel. Entre la moyenne et la
profonde se trouve le transverse profond. Le muscle
de Wilson est situé plus profondément.

2. On comprend sous ce nom toutes les parties molles
qui forment l'orifice pélinien. Il se compose de 2
étages ou plans. le plan musculaire et le plan fibreux.
Le péliné est donc un plan musculo fibreux
formé de 2 aponévroses; une superficielle et une profonde.
La 1^{re} est très mince, elle s'insère en avant sur le
clitoris et la commissure labiale et se termine, latéra-
lement sur la branche périméale du pubis et de
l'ischion, en arrière elle ne finit pas brusquement
elle va se perdre dans l'aponévrose profonde; cette
dernière est plus épaisse et plus résistante.

Péliné. Le péliné, s'étendant de la vulve à l'anus, il se divise en 2
parties: le péliné anal et le péliné vulvaire.

- Cavité abdominale -

La cavité abdominale contient une série d'organes importants qui sont : l'estomac, l'intestin, le foie, la vésicule etc... et tous les organes du petit bassin fermés supérieurement par le diaphragme. L'abdomen est comparé à une espèce de tonneau rond, dont le fond qui s'entoure n'est autre chose que les parois abdominales; il est constitué en arrière par une partie solide qui est la colonne vertébrale; et par tout le reste de son étendue par des parties molles. Au niveau du thorax existe une paroi osseuse complète formée par les côtes et le sternum. Les parois abdominales sont formées par le psoas-iliaque la carie des lombes qui est une petite bandelette musculaire qui s'étend du bassin à la dernière fausse côte; il s'insère inférieurement au $\frac{1}{4}$ interne de la crête iliaque, sur l'interstice de cette crête, et s'insère par les petits fibres aponeurotiques qui se rendent à la 12^e fausse côte; et quelques muscles les apophyses transverses des quatre dernières vertèbres lombaires.

En avant on trouve de grandes bandelettes musculaires formant le grand droit, il existe encore une

autre masse musculaire qui est le sacro lombaire.
Les muscles qui ~~entourent~~ la cavité abdominale
sont les suivants: D'abord le grand oblique, le petit
oblique, le transverse, le grand droit, enfin le pyra-
midal.

Le grand oblique est le muscle le plus superficiel
des parois abdominales, il s'insère supérieurement
aux 8^{es} & dernières côtes par des petites bandes
musculaires qui s'entrecroisent à leur origine
à d'autres bandes appartenant au grand dentelé
et au grand dorsal, de là ces fibres suivent une direction
oblique et ~~se dirigent~~ à donner le nom de
grand oblique. 1) celles du petit oblique s'entrecroisent
~~avec~~ en X avec celles du grand.

(On dessine ou trace le transverse qui s'insère
supérieurement à la $\frac{1}{2}$ et inférieurement à la $\frac{1}{2}$ ~~1/2~~
antérieure de la cavité abdominale.

Donc le grand oblique s'insère à la ligne externe.
Le petit oblique à l'insertion, et le transverse
à la ligne interne.

Les insertions du grand oblique se font sur tout sur
une vaste aponeurose, ce sont les plus importantes.
Cette aponeurose s'insère sur la ligne médiane avec
l'aponévrose du côté opposé, leurs fibres s'entrecroisent

et ferment la ligne blanche qui est interrompue
au milieu par l'ombilic. Cette aponévrose
se termine inférieurement en constituant l'arcade
de Fallope ou ligament de Fallope ou de Poupard.
Ce ligament est constitué par des fibres aponévrotiques
ou grand oblique. Au dessous sont les parois abdominales
en dessous 2 canaux séparés par une petite bandelette
verticale qui s'étend du ligament de Fallope à l'
éminence ilio pectinée, le canal supérieur est le
l'inférieur est le canal crural.

Le ligament de Fallope ne s'insère pas simplement
au pubis par une insertion mais par 3 faisceaux.
Le 1^{er} se rend à l'épine pubienne, le 2nd vient s'insérer
juste au milieu de l'épiphyse pubienne et enfin
le 3^{em} faisceau supérieur au précédent et qui passe
de l'autre côté arrive en arrière pour fermer
l'espace comprise entre les 2 premiers, ce petit
espace est transformé en un sillon par les
fibres, c'est formé ce canal inguinal
qui sert chez l'homme au passage des conduits
spermatiques qui se rendent aux testicules et chez la
femme au passage du ligament rond.

L'orifice externe est composé d'un piliers externe
d'un piliers moyen et en haut des fibres artiformes

et en bas par le ligament de Colles.

Quand le grand oblique se contracte s'il prend un point d'appui sur le pubis, il tire sur les côtes qui s'abaissent et produisent l'expiration; quand il prend point d'appui sur le thorax, il agit sur le bassin et produit un mouvement de flexion du bassin.

Muscle
petit oblique

Le petit oblique s'insère en arrière sur l'apophyse épineuse de la 1^{re} vertèbre sacrée et sur les 3 dernières lombaires, sur le ligament ilio lombaire, sur la crête sacrée dans les $\frac{2}{3}$ antérieurs de l'interstère.

De là ses fibres se croisent avec celles du grand oblique, les fibres supérieures se portant supérieurement et s'insérant sur les 3 dernières côtes 10^e, 11^e et 12^e et vont ensuite sur l'aponévrose qui s'étend depuis le thorax jusqu'au niveau du bassin.

Cette aponévrose après avoir été unique pendant un certain trajet se double en 2 feuillets, dont un se dirige vers la partie la plus superficielle et l'autre dans la partie profonde.

Le supérieur se confond avec l'aponévrose du grand oblique, et le feuillet postérieur se réunit à l'aponévrose du transverse.

Ces 2 feuillets après avoir entouré le muscle grand droit se réunissent et s'entrecroisent et c'est...

muscle qui existe la ligne blanche.

Il existe 2 fascia c'est à dire aponévrose poche, constituée par un tissu cellulaire: le superficialis et le transversalis. Le fascia superficialis est une espèce de bourse qui entoure tout le muscle grand oblique ayant au-dessus un tissu cellulaire épais ou (dépense) et au-dessous un peu.

Aponévrose

Le fascia transversalis est celui qui se trouve dans la profondeur, c'est une doublure qui double tout le muscle transverse, mais ce fascia ne trouve le péricrânium.

Dans la partie sous ombilicale, les muscles Droits existent aussi, inférieurement, l'aponévrose se qui on à celle du côté opposé, le petit oblique contrairement à ce qui se passe pour la partie sus ombilicale le petit oblique ne se redouble pas, il se confond avec l'aponévrose du grand oblique.

Le transverse et son aponévrose passent en avant des muscles droits et se fixent à l'aponévrose des autres muscles. On voit donc que le grand droit ne trouve pas de fascia transversalis.

Muscle
petit oblique

Le petit oblique a 2 insertions inférieures sur la partie inférieure du ligament de Fallope, son action est à peu près la même que celle du grand oblique.

Muscles de transverse s'insère en arrière à la partie antérieure des 4 dernières côtes par des bandes aponevrotiques très courtes et qui entrecroisent leurs insertions à celles du diaphragme. Les insertions proprement dites se font sur la colonne vertébrale par l'intermédiaire des feuilletts aponevrotiques; un feuillet à son origine par le sommet de l'apophyse épineuse, commun pour les 3 dernières vertèbres lombaires, commun avec les insertions du petit oblique. Le 2^{me} feuillet sur la partie latérale de l'apophyse transverse, le 3^{me} à la base de cette apophyse. Les premiers se réunissent et n'en forment qu'un qui se continue avec les fibres charnues du transverse. Entre le 1^{er} et le 2^{me} feuillet on trouve le muscle iliaque et entre le 2^{me} et le 3^{me} les muscles de la région lombaire.

Ces muscles obliques et transverses forment comme une ceinture et en se contractant resserrent l'abdomen.

Trois abdominales - (suite)

Muscl.

grand droit

Le muscle grand droit est une grande bandelette qui s'insère sur le thorax en haut, et en bas sur le bassin; ils sont au nombre de deux situés à la partie antérieure de la cavité abdominale, de chaque côté d'une ligne médiane. Chaque muscle s'insère d'une part sur le 5^e supérieur des pectoraux, l'autre sur le 6^e inférieur des pectoraux. L'autre part sur la symphyse pubienne, l'autre part sur les cartilages des 5^e et 6^e côtes, et 3^e digitations.

Chaque muscle droit présente sur son trajet trois intersections annulaires, il est donc formé de trois tronçons musculaires qui continuent bout à bout. Ces muscles droits sont aplatis en forme de ruban large de 6 à 8 travers de digit. - De niveau de leur insertion inférieure, ils se touchent par leurs bords internes et s'écartent à mesure qu'ils se rapprochent de leurs insertions supérieures en ils sont distants de 6 à 8 centimètres.

Ils sont maintenus dans une position complète dans le régime sous-musculaire par la contraction du grand oblique et des fibres du petit oblique, et de

arrière avec l'aponévrose du muscle transverse
et l'autre feuille du petit oblique.

de la région sous-ombilicale. Le muscle droit est
multiplié en anneaux incomplets, en arrière
il est recouvert par le fascia transversalis. Derrière
lequel se trouve le péritoine.

Action

Actions... Quand ces muscles se contractent
ils tendent à rapprocher les 2 points d'insertion.
Au thorax et du bassin, l'abdomen semble se
contracter. Quand son point fixe se trouve en
haut, au thorax, il se produit un mouvement
de flexion sur le bassin, s'il est en bas il agit
sur les côtes, les abaisse et il se produit le
mouvement d'expiration.

En outre de ces 2 muscles droits, on en remarque
un autre de faible importance il manque quelques
fois qui est le muscle pyramidal qui se compose
de fibres musculaires; il naît du pubis et du
ligament antérieur de la symphyse, se porte
en haut et se termine par une extrémité
pointue qui s'attache sur la ligne blanche.
Il est de forme triangulaire.

Dans l'épaisseur des parois abdominales on trouve
des veines lombaires, des veines du même nom

qui se ramènent aux veines Des
nerfs qui viennent du plexus lombaires, ce sont
les nerfs abdomino-génitaux inférieurs et le
abdomino-génital inférieur.

Le canal inguinal présente un orifice externe,
un trajet et un orifice interne.

L'orifice externe se trouve composé de la partie
externe du muscle latéralement et en haut
des fibres arciformes et en bas le ligament de Cooper
son insertion est sur le fascia superficiel.

L'orifice interne ou profond a son insertion sur
le fascia transversalis.

Entre ces 2 orifices existe le ligament de Cooper
ayant des anneaux en voûte formés par les fibres du
petit oblique et du transverse et sur le ligament
de Fallope qui est tout voisin.

Dans le canal inguinal passe le ligament rond chez
la femme, et chez l'homme il a un rôle très
important, il sert de passage aux testicules qui
se développent comme les ovaires sur les côtés de la
colonne vertébrale pendant la période embryonnaire.
vers la fin de la grossesse descendent vers le canal
inguinal, arrivent à l'orifice profond, traversent
complètement ce canal et descendent dans le scrotum.

leur siège habituel et normal.

Parfois les testicules restent cachés dans le canal ^{inguinal} ~~abdominal~~ et ne descendent pas dans le scrotum. Il y a alors vice de conformation qui s'appelle

le canal a une grande importance au point de vue des hernies qui sont la sortie d'un organe en dehors de la cavité abdominale. la hernie peut se faire au niveau de l'ombilic, du canal inguinal, et du canal crural, et à travers de petits orifices qui se créent au niveau de la ligne blanche.

Les hernies les plus fréquentes se passent au niveau de l'ombilic, hernies ombilicales, au niveau du canal inguinal, hernies inguinales, et au niveau du canal crural (hernies crurales). Ce n'est pas seulement l'intestin qui peut descendre mais l'ovaire, l'utérus, l'ovaire etc.

La hernie intestinale peut se faire par l'influence du phénomène de l'effort expulsif.

L'intestin se trouve comprimé par la cavité abdominale et s'il peut trouver un orifice libre il cherche à s'échapper par cet orifice, soit par l'ombilic.

Ce phénomène de l'effort joue un grand rôle dans l'accouchement, surtout pendant la période d'expulsion.

On divise l'effort en 2 classes: l'effort simple et l'effort complexe.

Dans l'effort simple, les bras fortement point d'appui sur le thorax, et il faut que les muscles mêmes ne point d'appui sur le thorax pour cela, il faut que le thorax soit immobilisé, il faut aspirer l'air afin de l'emplir, alors la glotte se ferme, et l'air reste dans les poumons, les côtes et le thorax sont dans l'immobilité, si la glotte s'ouvre un peu, l'air s'échappe et produit un petit bruit.

A côté de l'effort simple, il y a l'effort expulsif, très intéressant au point de vue esthétique, il s'exerce sur la vessie et provoque la miction, sur le rectum et produit l'éjection, sur l'utérus et le vagin pour l'accouchement.

Cet effort se fait de la façon suivante: les parois abdominales agissent sur les muscles qui se contractent énergiquement, compriment tout le contenu abdominal, grâce à la contraction de ces fibres, principalement sur l'ombrilic et tel sorte qu'il va tenter de s'échapper vers la partie supérieure de l'abdomen et vers la partie inférieure. Du côté du thorax il rencontre le diaphragme.

qui doit être immobilisée pour que l'effort soit complet, alors l'intestin ne pouvant remonter à cause du diaphragme - descend, vient ~~à l'encontre~~ exercer sa compression sur les organes du petit bassin, rencontre en avant la vessie, en arrière le rectum et au milieu l'utérus; si la compression est exercée sur l'utérus il se trouve comprimé. Dans tous les sens, et laisse échapper son contenu qui arrive au dehors après avoir traversé le vagin et la vulve.

Il y a les conditions indispensables pour que l'effort puisse se faire; les voies respiratoires doivent être normales, la glotte doit se fermer pour cela, il ne faut pas que la femme ait subi la trachéotomie; si la femme a subi cette opération, elle est alors dans l'impossibilité complète de faire des efforts, il faut donc terminer l'accouchement par une application de forceps.

Il arrive très rarement que les muscles droits sont écartés; ils forment pour ainsi dire une parenthèse dans laquelle vient faire saillie une portion intestinale. Ceci arrive chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ou une tumeur abdominale, en un mot quand les parois abdominales ont été très distendues ou absentes comme cela chez les femmes qui ont

subi la laparotomie.

Les fibres s'amincissent extrêmement, les intestins n'étant plus bien maintenus, viennent se projeter dans l'ouverture entre les muscles grands droits par suite des efforts de la femme.

Cette ouverture a ordinairement une largeur de 4 travers de doigts, mais parfois elle est plus considérable.

- Organes génitaux féminins -

Les organes génitaux de la femme ont été divisés en 2 parties : les organes génitaux externes et les organes génitaux internes.

Organes
génitaux
externes
mont. de Vénus et de la vulve.

Les organes génitaux externes se composent : Du

Mont. de Vénus ou pénis est cette éminence
du mont de Vénus ou sommet arrondi qui recouvre le pubis et surmonte
la vulve, il est recouvert de follicules pileux, à sa
base, il est en rapport avec sa veine, sur les
parties latérales il se continue avec la peau des
cuisses

Vulve ... La vulve constitue l'ensemble des organes qui entourent
et forment l'ouverture extérieure des voies génitales.
Elle est limitée en haut par le mont de Vénus
ou pénis; en bas par le périnée. Elle se compose
de différentes parties : les grandes lèvres,
les petites lèvres, le clitoris recouvert de son capuchon,
le vestibule, le méat urinaire et l'hymen.

Grandes
lèvres ... Les grandes lèvres sont au nombre de deux, elles
sont situées de chaque côté de la vulve; plus
épaisses et plus renflées à leur partie moyenne
qu'à leurs extrémités, elles forment deux

symétriques allant de la partie inférieure du
mont de Vénus avec lequel elles se confondent à la
partie antérieure et médiane du périnée.

Indépendamment de leurs deux extrémités, on
peut dire que aux grandes lèvres, une face externe,
une face interne, et deux bords.

Face externe La face-externe ou cutanée est convexe et
couverte de poils un peu moins abondants
qu'au pénis. Un sillon nettement accusé
(pli génito-crural) la sépare de la face interne de la cuisse.

Face interne La face interne est plane, rosée, dépourvue de poils
et s'adapte à la vulve du côté opposé quand la vulve
est fermée.

Bord antérieur Le bord antérieur ou bord libre unit les deux faces
intérieures et présente un contour arrondi, en allant
de haut en bas, il est légèrement courbe à
convexité antérieure. Son aspect est le même que
celui de la face externe; il est couvert de poils
un peu abondants sur la partie moyenne.

Bord postérieur Le bord postérieur est adhérent et épais, il s'attache
à la charnière ischio-pubienne et se continue
avec les parties molles des régions voisines.

Structure Les parties qui rentrent dans la composition des
grandes lèvres sont: la peau, ensuite sous la peau

une tunique de fibres musculaires lisses, en
une couche de fibres élastiques, encore en dessous
du tissu cellulaire ou cêlulo-adipense. On trouve
aussi dans l'ent. ext. supérieure quelques fibres
musculaires venant du ligament rond.

Vaisseaux et nerfs. On trouve aussi des vaisseaux et des nerfs.

Les artères viennent de la honteuse interne et des honteuses
externes, fournies par les artères fémorales et les érigastriques.
Les veines accompagnent les artères, les nerfs proviennent des
gros et petits sciatiques et des originaux du plexus lombaire.
Les vaisseaux lymphatiques se rendent tous dans
les ganglions qui se trouvent dans le pli de l'aîne.

Orges.

Les grandes lèvres sont des organes de protection; elles
concourent, en outre à l'accouchement en formant à
ce moment un canal membraneux qui livre passage
au fœtus.

Petites lèvres.

Quand on écarte les grandes lèvres, on aperçoit les petites
lèvres ou myrrophes, qui se présentent sous la forme de
deux replis minces beaucoup plus mince que ceux
des grandes lèvres et d'une couleur rosée. On peut
leurs considérer 2 faces et 2 extrémités; une face externe,
une face interne, une extrémité supérieure, une
extrémité inférieure.

Face externe. La face externe, ou versant, est plane, elle répond à
la face interne des grandes lèvres dont elle est séparée

par un sillon profond.

Face interne la face interne est plane aussi et s'applique en partie à celle du côté opposé.

La partie inférieure des petites lèvres se termine en un point appelé la fourchette, à la partie supérieure elles se divisent en 2 branches. La branche la plus interne qui se réunit sous le clitoris avec la branche du côté opposé forment ce qu'on appelle frein du clitoris.

Capuchon du clitoris La branche externe passe au-dessus du clitoris et s'unit à la branche correspondante du côté opposé en formant avec elle un pli saillant comme sous le nom de capuchon du clitoris, qui est analogue au prépuce chez l'homme.

Dans certaines peuplades de l'Afrique, chez les petites filles, ce capuchon peut recouvrir la vulve, on est obligé de faire une section. Chez les femmes boschimanes, les petites lèvres acquièrent une longueur de 14 à 18 centimètres et forment ce qu'on appelle le tablier des Hottentotes.

Structure Les petites lèvres sont formées par un repli de la muqueuse vulvaire, au milieu duquel existe une couche de tissu conjonctif, recouvertes d'un épithélium pavimenteux au dessous duquel on trouve des papilles dont la sensibilité est

Glandes surtout mise en jeu pendant la cohabitation. Les glandes sébacées y sont très nombreuses. Les vaisseaux sanguins sont fournis par une crosse des grandes veines. Une partie des veines va se réunir aux veines du bulbe et du vagin. Les lymphatiques se rendent aux ganglions de l'aîne. Les nerfs viennent du honteux interne.

Usages : Les usages des petites lèvres sont relatifs à la copulation et à la parturition; elles s'effacent, en effet, pendant l'accouchement et servent à l'augmentation de la vulve.

Clitoris Le clitoris est un organe érectile analogue aux corps caverneux de l'homme; il naît par 2 racines longues de 4 à 30 millimètres, donnant naissance au corps du clitoris qui monte au devant de la symphyse pubienne, parcourt toute la hauteur du vestibule se recourbe en avant et se termine par le gland du clitoris.

Structure Le clitoris est formé d'une enveloppe fibreuse, des veines qui partent de la tige érectile. Les

Artères artères viennent de la honteuse interne, ce sont : l'artère cavernieuse et l'artère dorsale. Les veines

Veines viennent de l'artère dorsale. Les nerfs proviennent du honteux interne et viennent se terminer

Nerfs dans le prépuce qui est le principal siège

De la sensibilité génitale chez la femme.
Par sa ~~sensibilité~~ situation, son érectilité et
sa sensibilité, le clitoris est un organe de
copulation.

Vestibule Le vestibule est un petit espace triangulaire,
limité par les petites lèvres. Dans lequel on
trouve vers le sommet, le clitoris et en dessous
le méat urinaire, cette est nue, lisse; elle
recouvre le corps du clitoris; la muqueuse
qui la tapisse contient des papilles et un
petit nombre de glandes.

Méat-urinaire Le méat urinaire est l'orifice externe de
l'urèthre, de forme circulaire, placé au centre
d'un petit bourrelet arrondi et saillant, situé
sur la ligne médiane entre le vestibule et
l'extrémité antérieure de la paroi supérieure
du vagin, cet orifice a une grande importance
pour pratiquer le cathétérisme. Pour cela

Cathétérisme on introduit l'index dans l'orifice vulvo-
vaginal, et quand il arrive sur le tubercule
urétral (ou antérieur), on dirige la sonde en
suivant le doigt et elle arrive dans l'orifice
du canal de l'urèthre.

Orifice vaginal. L'orifice vaginal présente des différences suivant qu'on a affaire à une femme vierge, multipare, ou multipare. Chez la femme vierge, l'orifice du vagin est en partie fermé par une membrane assez mince pour être déchirée pendant les premières approches sexuelles, d'où le nom d'hymen. On l'appelle ainsi. Il a ordinairement la forme d'un croissant, dont la partie large et convexe est à la partie inférieure, et la corne et la concavité à la partie supérieure.

Hymen. L'hymen n'a pas toujours la forme semi-lunaire; il peut prendre encore la forme d'un diaphragme circulaire, il existe alors une membrane cupée avec un orifice au milieu pouvant être étroit ou large. Il y a aussi l'hymen labié consistant en une fente verticale séparant les lèvres, une droite l'autre gauche dont les bords peuvent devenir dentelés. On observe aussi au lieu d'un orifice central, 2 qui sont placés les uns à côté des autres, il peut même y avoir plusieurs orifices dans la disposition appelée une pomme d'arrosoir, on a observé

L'hymen criblé.

Il existe même des cas où l'hymen n'est pas perforé et au moment de la menstruation, le sang ne pouvant pas s'écouler se met à l'intérieur des trompes, du vagin et de l'utérus.

Au moment de la défloration, dans les cas où l'hymen est normal, il se produit ~~des~~ déchirures, mais c'est très rare la défloration peut avoir lieu sans déchirures.

Ces petites déchirures fournissent une petite quantité de sang et donnent les caroncules desquelles il y en a 2 sortes: les caroncules hyménéales et myrtiliformes.

Chez la femme vierge l'hymen en croissant est intact, chez les multipares au moment de la défloration se produit de simples déchirures au moment du rapport sexuel et qui sont au nombre de trois et dont les bords peuvent être rapprochés.

Chez la femme ayant eu des enfants, l'aspect sera le suivant: les déchirures sont plus profondes, elles enlèvent non seulement l'hymen, mais encore les organes voisins qui se cicatrisent par suite de la formation de tissu cicatriciel.

il y a alors des petits nodules nettement
séparés les uns des autres et forment les
cerceaux myrtiliformes. Ceci est très impor-
tant pour contrôler le dire des femmes qui
se disent primipares quand elles seront
multipares et important aussi au point
de vue légal.

Cet hymen a quelque fois très peu d'épaisseur,
dans d'autre cas assez large permettant les rapports
sexuels sans qu'il n'y ait de déchirures; parfois
l'hymen est fibreux et, conséquemment si
résistant qu'on est obligé d'employer le bistouri
sans cela les rapports seraient impossibles et il
y aurait obstacle à la fécondation.

Glandes de Bartholin... Dans les parties latérales de l'hymen, on
trouve les glandes vulvo-vaginales ou de
Bartholin, glandes en grappe ayant un petit
canal de quelques millimètres de long, il existe
encore d'autres glandes dont la sécrétion est
active au moment du coït.

Organes génitaux internes Les organes génitaux internes sont au nombre
de 4: le vagin, l'utérus et ses ligaments,
les trompes utérines et les ovaires.

- Vagin -

Vagin

Le vagin ou conduit copulateur est un canal qui permet l'introduction du membre viril et l'éjaculation. C'est un organe cylindrique qui s'étend de la vulve à l'utérus; il est fermé inférieurement par l'hymen et ses débris, il s'insère supérieurement en haut le cou de l'utérus. La direction du vagin chez une femme debout est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, il ne constitue pas un conduit absolument rectiligne mais une courbe dont la concavité regarde la vessie.

On a décrit au vagin un orifice externe, un orifice profond, une paroi antérieure, une paroi postérieure et des parois latérales.

Paroi antérieure

Antérieurement, le vagin est en rapport avec la vessie, la partie supérieure des parois vaginales avec le bas fond de la vessie, ce qui permet chez la femme de faire l'expulsion de la vessie. Ce voisinage a ses inconvénients, mais il se prévient une compression prolongée de ces tissus il se forme des escharres qui tombent et amènent la formation de fistules ou uréthro vaginales ou vésico-vaginales.

Escharres

Dans ces dernières, l'urine s'écoule constamment.
Paroi postérieure du vagin est cotoyé postérieurement par le rectum, l'accollement du rectum et du vagin est intime vers la partie moyenne du canal vaginal, dans la partie supérieure l'accollement n'est plus aussi intime, il existe un petit sacculé péritonéal se comportant en enveloppant le rectum auquel il fournit un rétro-venter descendant en avant du rectum et se réfléchissant sur la paroi postérieure vaginale et sur l'utérus et forme le cul-de-sac.

Cul-de-sac de Douglas auquel on donne encore le nom de cul-de-sac recto-utérin ou recto-vaginal. Dans la partie antérieure le vagin et le rectum ne sont plus intimement accolés, il existe des muscles et des aponeuroses constituant ce qu'on appelle le périnée.

Des brides

De même que le vagin, le rectum a aussi des incurvements, il y a aussi des fistules recto-vaginales, il peut se produire des déchirures quand la tête est volumineuse, les tissus résistants qui se font vers les parties superficielles.

plutôt en arrière vers le périnée et qui peut
arriver jusqu'à la cloison recto-vaginale.
La partie inférieure postérieure du vagin
a un rapport important, on y trouve
des vaisseaux qui éminent et dont la rupture
est d'autant plus grave qu'elle ne se
fait pas sur la ligne médiane.

Rapports

Le vagin est encore en rapport avec les muscles
du voisinage et en particulier avec 2 muscles
qui sont : le constricteur de la vulve qui entoure
le vagin à sa partie inférieure et plus haut
le releveur périnéal ou releveur de l'anus. Ces
2 muscles peuvent être atteints de contracture
ils deviennent très resserrés et donne lieu à ce

Vaginisme que l'on appelle le vaginisme, qui se reconnaît
en voulant introduire le doigt dans le vagin
par l'obstacle que l'on rencontre et qui est
occasionné par la contraction du releveur de
l'anus pour le vaginisme supérieur et par le
constricteur de la vulve pour le vaginisme
inférieur.

Structure

Si on fait une coupe du vagin, on rencontre
d'abord une enveloppe fibro-celluleuse à
l'intérieur de laquelle il y a des fibres

musculaires lisses qui se divisent en 2 couches, dont une de fibres longitudinales et au dessous une de fibres circulaires lisses. La muqueuse constitue le chorion ou derme recouvert de papilles ou villosités au dessous recouvrant ce derme, il y a l'épithélium protecteur constitué par des cellules aplaties.

En général, dans les muqueuses il y a des glandes, on voit le vagin en a cherchées attentivement parce qu'il s'y développent des kystes hystrés, mais c'est en vain on en a jamais trouvées.

Face interne Dans la face interne on perçoit des rides transversales et sur la paroi vaginale antérieure, une estée de colonne qui se dirige de la partie inférieure du vagin, de l'orifice vulvo-vaginal à l'orifice en col de l'utérus.

Colonne postérieure La colonne postérieure part du périnée et se dirige vers la profondeur, plus prononcée à l'orifice vulvaire et moins prononcée en approchant de l'utérus, (l'usage de ces rides est inconnue-) Sur la colonne antéro-postérieure, il y a des rides transversales très marquées vers l'entrée même et qui s'effacent au voisinage de l'utérus comme pour la colonne postérieure.

Vaisseaux

Les vaisseaux sont fournis par les artères vaginales ou branche de l'hypogastrique et par des artères utérines.

Chez la petite fille, au niveau de l'hymen, l'entrée du vagin est très étroite :

Chez la femme entre 20 et 40 ans, l'hymen n'existe plus, le vagin est aussi large vers la profondeur qu'à l'orifice externe, sa capacité est suffisante pour le passage du fœtus.

Chez la vieille femme après la ménopause, c'est-à-dire après 48 ou 50 ans, alors qu'elle ne peut plus avoir d'enfant, la partie profonde se rétrécit de telle sorte que le vagin présente la forme d'un entonnoir, et qu'il est si étroit qu'on ne peut arriver jusqu'au niveau du col de l'utérus.

Longueur

La longueur habituelle du vagin depuis l'orifice inférieur, jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur à environ

10 centimètres de long; avec le doigt on peut arriver jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur en comprimant et repoussant le périnée. Il y a des vagins qui mesurent de 12 à 18 centimètres, ce sont des vagins exagérés. Il y en a d'autres qui sont très courts ils mesurent de 8 à 14 centimètres.

- Uterus -

L'organe situé plus profondément que le vagin est l'utérus.

Définition. - L'utérus est un organe gestateur, il a la forme d'une poire, ou d'un cône aplati ou d'une soude aplatie; il comprend 3 parties: une supérieure, une inférieure et une partie moyenne; la partie supérieure est volumineuse c'est le corps; la partie inférieure plus étroite c'est le col; la partie moyenne est l'isthme.

Dans l'intérieur on trouve une cavité divisée en 3 parties: la cavité du corps, la cavité du col et la cavité de l'isthme.

Situation. - L'utérus est situé dans l'excavation pelvienne, il occupe ordinairement la ligne médiane entre la vessie et le rectum, il est soutenu latéralement par les ligaments larges, les trompes et les ovaires.

il est embrassé inférieurement par le vagin
L'utérus forme avec le vagin un angle
droit, cette attitude n'est pas absolument
fixe.

Déplacement.

Il y a version et flexion de l'utérus.

Par version on entend un déplacement en bloc
de l'organe, c'est-à-dire que l'utérus s'incline
si c'est en avant il y a l'aversion; en
arrière rétroversion, s'il s'incline à droite
ou à gauche, latéralement, il y a latéversion, suivant
que l'utérus est incliné à gauche ou à droite.

Par flexion on entend le ploiement du corps sur
le col, si le corps est ployé en avant il y a
antéflexion, s'il est ployé en arrière, il y a rétro-
flexion, et latéralement il y a latéflexion.

A l'état normal l'utérus forme l'angle droit,
il subit des déplacements fréquents. La vessie
maintient l'utérus, quand la vessie est vidée,
l'utérus n'étant plus soutenu se penche en
avant; quand le rectum est rempli de matières
fécales, il fait pencher l'utérus sur la vessie.

- Uterus - (suite.)

Poids.

Longueur.

Ligaments.

L'utérus pèse 40 grammes en état de vacuité sa longueur depuis le fond jusqu'au niveau de l'orifice externe est de 6 centimètres environ. Pour être maintenu dans l'intérieur du bassin, la nature l'a fixé par une série de ligaments qui s'étendent dans tous les sens, d'abord, 2 ligaments qui le maintiennent transversalement, ce sont les ligaments larges; à la partie supérieure faisant partie pour ainsi dire de ces ligaments, il y a les ligaments ronds, en 3^{ne} lieu un ligament qui vient s'insérer sur la partie postérieure du col, auquel on donne le nom de ligament utéro-sacré, et en dernier lieu, les ligaments utéro-vésicaux auxquels on donne encore le nom de ligaments utéro-pubiques. L'utérus par le col, appuie sur le diaphragme pelvien.

Ligaments
larges.

Les ligaments larges sont 2 bandes larges qui s'étendent transversalement du corps de l'utérus, aux parois du bassin; ils présentent à l'étude une face antérieure, une face postérieure, un bord externe et un bord interne une base et un sommet.

Face antérieure.

La face antérieure du ligament large est interrompue par le passage du ligament rond

qui se continue avec le péritoine sur
les parois du bassin, vient saisir la
face antérieure de l'utérus, et contribue à
former la partie latérale de la vessie une
petite facette nommée *space vésicale*.

Face postérieure.

La face postérieure du ligament large regarde
la partie latérale de la face antérieure du sacrum.
Le péritoine après avoir recouvert cette face,
descend pour former la fossette rétro-ovarienne.
Le bord externe vient s'insérer directement sur
les parois latérales du bassin.

Le bord interne vient s'insérer sur les parties
latérales de l'utérus, depuis le col de - sac
vaginal, jusqu'au niveau de l'insertion
de la trompe.

Bord inférieur

Le bord inférieur vient se continuer sur le
diaphragme pelvien.

Bord supérieur

Le bord supérieur est le plus intéressant à
étudier. Quand on regarde les organes génitaux
dans le bassin, on aperçoit au centre l'utérus,
en avant la vessie, et en arrière le rectum,
de chaque côté le sommet des ligaments larges
qui se divise en 3 ailerons: un antérieur, un
moyen et un postérieur.

L'aileron antérieur contient le ligament rond, l'aileron moyen contient la trompe, et l'aileron postérieur contient l'ovaire.

Ligaments
ronds.

Le ligament rond part de la partie supérieure de l'utérus, au voisinage de la trompe, suit l'aileron moyen, se dirige vers les parties latérales du bassin, quitte le ligament large et devient indépendant, il s'engage dans le canal inguinal qu'il traverse et se termine par 3 ordres de branches musculaires.
1^{er} ordre. Les fibres s'insèrent sur la partie inférieure de ce canal. 2^e ordre. les fibres s'insèrent à l'épine du pubis. 3^e ordre les fibres s'insèrent dans l'épaisseur des grandes lèvres.

Structure

Le ligament rond est constitué par des fibres musculaires; il comprend dans sa partie utérine des fibres musculaires lisses, et dans sa partie superficielle des fibres musculaires striées; dans la partie moyenne il y a un mélange de fibres lisses et de fibres striées.

Artère et
veine

On trouve à la coupe de ce ligament, une petite artère et une petite veine faisant communiquer la région utérine avec la région épigastrique, il existe 2 ligaments ronds, un droit et un gauche.

Opération
d'Alexander. Ces ligaments ronds empêchent le corps de l'utérus de basculer en arrière. Dans le cas de rétroversion, on fait l'opération d'Alexander, qui consiste à raccourcir les ligaments ronds.

Uterus. L'aileron moyen est occupé par l'organe de la fécondation, c'est-à-dire la trompe. Le canal aminci au niveau de la portion utérine et ensuite s'élargit, permet à l'ovule, détaché de l'ovaire, de cheminer dans la cavité utérine.

Ovaires. L'aileron postérieur contient l'ovaire qui est maintenant par un ligament spécial appelé utéro-ovarien et par un autre ligament relié avec la trompe, appelé ligament tubo-ovarien.

Structure. Si on fait une coupe sur le milieu d'un des ligaments larges, on voit 2 feuillets musculaires qui partent des parties latérales du bassin et qui sont composés de fibres lisses. Les fibres du feuillet antérieur vont se mêler aux fibres musculaires de l'utérus et se continuent avec les fibres du ligament large opposé. Il en est de même pour le feuillet postérieur.

À la surface de ces fibres musculaires il y a le feuillet péritonéal qui tapisse le bassin, recouvre le ligament large, tapisse la face antérieure de l'utérus et se continue sur le ligament large opposé.

En arrière - le péritonée se comporte de la même façon : de telle sorte que nous avons d'avant en arrière un feuillet péritonéal, un feuillet musculaire, un espace libre, un autre feuillet musculaire et un autre péritonéal.

Entre les 2 feuillets musculaires, on trouve du tissu cellulaire. À la partie supérieure et à la partie inférieure du ligament large il y a les artères utérines et utéro-ovariennes qui cheminent dans ce ligament entre les 2 feuillets musculaires.

Réunis au nerf de cette région, ils forment 2 faisceaux, un faisceau utérin et un autre faisceau utéro-ovarien.

Action

L'action des ligaments larges est d'empêcher le basculement transversal de l'utérus.

Ligaments

utéro-sacrés Les ligaments utéro-sacrés sont 2 p. des ^{muscles} ^{lisses} musculo-séreuses; elles partent de la 3^{me} et 4^{me}

ovaires s'insèrent sur la face antérieure & latérale
deux fibres se réunissent. forme une espèce
d'y et vont s'insérer sur les parties latérales et
postérieures de l'utérus un peu au dessus de
l'insertion du vagin.

Ces ligaments consistent avec l'utérus en
avant et le sacrum en arrière une sorte
de berge ou de renfort de rectum. Au niveau
de ces ligaments, le péritoine recouvre le rectum,
sur sa face antérieure, se réfléchit et recouvre
la face postérieure du vagin et de l'utérus
formant le cul-de-sac recto-utérin ou
poche de Douglas.

Sur les parties latérales, le péritoine descend
dans le bassin, rencontre les ligaments larges,
s'y tapisse et forme la fossette utéro-ovarienne
séparée du cul-de-sac de Douglas par le
ligament utéro-sacré.

La partie postérieure du bassin derrière
les ligaments larges est une tapisserie
séparée en 3 fossettes par les 2 ligaments utéro-
sacrés, une médiane ou poche de Douglas
2 latérales ou fossettes recto-ovariennes.

Action.

Les ligaments utéro-sacrés servent surtout

à maintenir en place le col de l'utérus, ils empêchent de pénétrer facilement dans la cavité utérine. Quand il se rétracte, ce col n'étant plus maintenu, l'utérus bascule et va se placer en rétroversion, dans ce cas le col peut arriver à la vulve.

Ligaments utéro-vésico. Les ligaments utéro-vésico sont beaucoup moins importants que les précédents. Ce sont de petites bandelettes musculaires qui s'insèrent sur les parties latérales de l'utérus et vont se perdre d'après certains auteurs sur les vaisseaux latéraux de l'ovaire. Mais il a été reconnu qu'elles se continuaient jusqu'à la partie postérieure du pubis. En réalité, ce sont de véritables muscles qui relient l'utérus au pubis. Les ligaments utéro-vésico sont formés de fibres musculaires lisses recouvertes par la péritoine qui forment les culs de sac utéro-vésicaux. Les ligaments utéro-vésico servent à maintenir l'utérus dans le sens antéro-postérieur et à empêcher son rapprochement du pubis. Ils sont très peu résistants contrairement aux autres ligaments de l'utérus. Le corps de l'utérus est maintenu transversalement,

par la partie supérieure. Des ligaments larges, d'avant en arrière par les ligaments ronds, la vessie en se replissant remplissant le maintient en arrière, de sorte que le corps de l'utérus est maintenu en tout sens.

Le col est maintenu transversalement par la partie inférieure des ligaments larges, en arrière par les ligaments utéro-sacrés et en avant par les ligaments utéro-utérins. Pour que l'utérus se déplace, il faut un relâchement de ces ligaments.

Utérus (suite et fin)

L'utérus est un organe qui se compose de 3 parties, un corps, un col et l'isthme, ou encore canal de Guyon.

Face antérieure. La face antérieure de l'utérus est recouverte par le péritoine sur toute la partie supérieure qui se réfléchit sur la vessie au niveau du col de l'utérus formant le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

La face antérieure du col mesure environ 3 centimètres. L'insertion du vagin se fait sur la face antérieure à peu près à 1 centimètre du bord inférieur, en arrière elle se fait environ à 2 centimètres de sorte que le cul-de-

sac vaginal antérieur est moins profond que le postérieur.

Le centimètre inférieur de la partie antérieure du col répond au vagin, le centimètre supérieur répond au périnée et marque le point où celui-ci se réfléchit pour former le cul-de-sac vésico-utérin. Le centimètre intermédiaire est en rapport direct avec la vessie. Ces rapports ne sont pas toujours constants et peuvent varier dans leurs mesures.

De ces rapports du col de l'utérus et de la vessie, il peut résulter des inconvénients très importants; l'utérus peut blesser la vessie contre la symphyse pubienne et si cette compression est trop prolongée, il peut en résulter une eschare qui en tombant constitue une fistule vésico-utérine - en ce cas.

Si la compression se fait au niveau du vagin ce sera une fistule vésico-vaginale. Ces rapports sont assez intimes et sont souvent utilisés par les chirurgiens dans l'ouverture de la vessie, et les voies génitales vaginales. Les rapports de la face antérieure de l'utérus, varient selon que la vessie est

pleine ou vide, car l'utérus suit les mouve-
ments de la vessie. L'espace qui sera compris
entre l'utérus et la vessie, vide laissera naître
des anses d'intestins qui seront alors en rapport
avec l'utérus et qui seront refoulées à
mesure que la vessie s'emplit.

Face postérieure. La face postérieure de l'utérus est complète-
ment recouverte par le péritoné qui se
réflect à la partie postérieure du vagin,
pour former le sac recto-vaginal
ou de Douglas. Le cul de sac mesure
de l'insertion vaginale à son fond environ
10. $\frac{1}{2}$, et le péritoné est dans cette région
partiellement en rapport direct avec le vagin.
La face postérieure de l'utérus est en
rapport avec la face antérieure du rectum
recouverte par le péritoné.

Dans l'inclinaison en avant de l'utérus
il reste une cavité assez grande que
viennent occuper les petites anses intestinales
très mobiles.

À l'état pathologique, il peut y avoir
d'autres organes dans le poche de Douglas, les
ovaires, les trompes, mais pas alors dans leur

position normale.

Faces latérales. Les faces latérales de l'utérus sont en rapport avec des vaisseaux sanguins qui se rendent à l'intérieur. Des artères et des veines et des lymphatiques, l'intérieur de même que le vagin est d'autant plus vasculaire qu'on s'approche des parois latérales. Si il existe une rupture sur la partie antérieure elle sera peu grave au point de vue de l'hémorragie. L'hémorragie sera peu grave si il n'y a pas de gros vaisseaux, tandis que sur les parties latérales, cette hémorragie sera extrêmement grave.

Le fond de l'utérus est en rapport avec les anses du petit intestin; il repose sur un plan passant horizontalement sur la symphyse pubienne et arrive au niveau de l'isthme.

Le col de l'utérus est entouré par le vagin qui forme comme une rigole circulaire, ce col présente 2 portions: une intra-vaginale, et une extra-vaginale, plus considérable et inaccessible.

Sur la face interne de l'utérus, la cavité de l'utérus est divisée en 3 parties: la cavité corporelle, la cavité du petit canal de l'isthme

Et la cavité cervicale, qui communique avec la cavité vaginale, et en haut la cavité du corps se continue avec les conduits tubaires. Les dimensions verticales de la cavité corporelle à l'état normal chez la femme ayant eu un enfant mesure généralement 8 millimètres, la cavité cervicale mesure à peu près la même chose, quand au canal de l'isthme il mesure 8 millimètres.

Chez la petite fille la dimension du col emporte sur le corps, au contraire, chez la femme adulte beaucoup d'enfants la dimension de la cavité du corps devient plus considérable que la cavité du col.

Sur la paroi de la cavité utérine, on trouve une muqueuse qui présente des caractères différents suivant qu'on la considère au niveau du corps ou au niveau du col. L'aspect à la partie inférieure dans le haut est lisse, à la partie inférieure il y a des saillies verticales sur lesquelles arrivent des saillies horizontales, ces saillies représentent un arbre à branches, aussi on lui a donné le nom d'arbre de vie, on ne sait à quoi il sert,

on a supposé que c'était l'ascension
du spermatozoïde.

Cette muqueuse à une épaisseur de 1 mm
environ, mais elle se laisse un moment ^{par} la menstruation
plus encore pendant la grossesse.

En dessous de cette muqueuse se trouvent les
glandes en tubes entre lesquelles il y a un
intervalle comblé par un tissu conjonctif cellulaire
qui est le chorion ou Derme. Dans lequel on
trouve des vaisseaux des veines et des artères.

La surface de la muqueuse est recouverte par
un épithélium cylindrique composé de petites
cellules cylindriques avec leurs noyaux.

Si on regarde à la surface de ce revêtement on
trouve ces petits cils vibratiles qui examinés à
l'état fixe sont animés de mouvements d'oscil-
lation qui sont sensés jouer un rôle important
dans la migration du sperme et des ovules.

Les glandes aussi ont un épithélium - qui s'aplatit
vers l'extérieur et perd les cils vibratiles.

Sur un plan du côté des glandes nous avons le même
aspect, ce sont des glandes en grappes de même que
dans la cavité du corps il y a des vaisseaux.
un épithélium d'un caractère différent, c'est

est plus cylinarique, mais caliciforme à sa
partie moyenne, cylindrique à cils vibratiles
à sa partie supérieure, et pavimentous
à sa partie inférieure.

Les glandes arrivent à constituer les ans de Naboth.
petites saillies comme une tête d'épingle contenant
à l'intérieur un liquide sébacé ou muqueux.

L'utérus se compose de 3 tuniques: une externe
ou séreuse péritonéale, une moyenne musculaire
et une interne ou muqueuse.

Le péritoine est fortement adhérent sur la partie
médiane. à mesure qu'on s'éloigne, il devient
de moins en moins intime; à la partie interne
la muqueuse tapisse le muscle utérin de même
que le péritoine le tapisse à sa périphérie.

Le muscle utérin se compose de fibres musculaires
lisses, dont la disposition est compliquée, à l'état de
vacuité difficile à reconnaître, mais en état de
grossesse facile à suivre. C'est à Ede et Chenuant
qu'on doit la description actuelle de la structure
de l'utérus, qui varie suivant qu'on a à faire

au corps ou au col, cette structure est plus compliquée tout le corps.

Il y a d'abord une coucheplexiforme, composée de fibres musculaires qui s'entrecroisent dans tous les sens, c'est un véritable filet musculaire formant des arêtes, c'est dans ces arêtes contenues dans l'espace de ces entrecroisements que passent les vaisseaux et les artères, qui se trouvent comprimés par suite de la contraction des fibres musculaires qui forment en quelque sorte des ligatures qui ont été appelées par M. Pinard les ligatures vivantes.

Cette coucheplexiforme a une importance capitale au point de vue obstétrical. Après l'accouchement, une fois la délivrance faite, les vaisseaux utérins qui étaient en communication avec le placenta sont ouverts, par suite de la contractibilité et de la rétractibilité, les fibres de la coucheplexiforme se contractent, enserrant les vaisseaux et assurent l'hémostase ou arrêt du sang, si cela ne se passait pas ainsi, si l'utérus ne se contractait pas, il y aurait inévitablement des vaisseaux ne seraient pas serrés, il se produirait une hémorrhagie. Au dessus de cette couche

plexiforme se trouve une autre couche formée de 2 ordres de fibres: les fibres verticales qui occupent le milieu de l'utérus forment une bande qui arrive au niveau de l'isthme en passant autour de l'utérus en formant une espèce de ceinture. Entre ces fibres verticales il y en a des transversales qui se continuent avec les fibres des ligaments larges.

Au dessous de la couche plexiforme, intérieurement on trouve des fibres verticales et transversales. Les fibres musculaires transversales faisant tout le tour de l'utérus, forment un véritable anneau, plus en dessous sous la muqueuse les fibres verticales ont une disposition spéciale en Z, elles existent sur la paroi postérieure et antérieure.

Les fibres transversales du corps se continuent dans le col, les autres fibres s'arrêtent au niveau de l'isthme les 1.^{res} forment un anneau musculaire, le col est un sphincter fermé entre l'utérus et le col, c'est au col que se produisent 2 phénomènes, l'effacement et la dilatation. La trompe est un canal musculaire recouvert extérieurement par une séreuse, et tapissée intérieurement par une muqueuse. Ce canal est situé à la partie supérieure et externe

De la corne de l'utérus, se dirige vers le côté
du bassin et se termine par une partie renflée,
évasée terminée qu'on nomme le pavillon de
la trompe.

On leur donne encore le nom d'oviductes, trompes
de Fallope ou tubes; ce mot de trompe, vient
du mot grec, salpinx. L'inflammation de cette
trompe s'appelle salpingite, quand il y a du pus
dans la trompe, cela occasionne la maladie nommée
pyo-salpinx et du sang dans la trompe donne
l'hémato-salpinx.

Ce canal mesure généralement depuis l'extre-
mité utérine jusqu'à l'extrémité libre environ
12 centimètres, il y en a qui mesurent plus,
les autres moins.

Quand on fait une coupe au niveau de la
trompe dans toute la longueur on trouve le canal
très mince vers la partie utérine, plus large vers
la partie libre.

La trompe est située dans l'aileton moyen
du ligament large, elle est enveloppée par le
péritoine de la façon suivante.

Sur une coupe d'avant en arrière, la disposition
sera: en avant de la coupe le ligament rond;

au dessus de la coupe. La trompe et son canal
intérieur, en arrière de la coupe, l'ovaire ;
Puis le péritoine monte sur la face antérieure
du ligament large, rencontre le ligament rond,
l'enveloppe, puis descend forme un petit
sillon et remonte pour envelopper la trompe,
redescend pour constituer un nouveau sillon
rencontre l'ovaire qu'il enveloppe et descend sur
la face postérieure du ligament large qu'il
tapisse comme il a tapissé toute la face antérieure.
Le péritoine forme un revêtement à la trompe
mais un revêtement incomplet. Les 2/3 de
3/4 d'extrémité de la trompe est libre, et seule
reliée à l'ovaire par un ligament qui existe
entre l'ovaire et une frange du pavillon et qui
s'appelle ligament tubo-ovarien.

Le canal de la trompe n'est pas uni, mais
il est très sinueux ; il se compose : d'une
tunique externe péritonéale, d'une tunique
moyenne musculeuse, d'une interne,
muqueuse.

La muqueuse se compose d'un derme ou chorion
et d'un épithélium.

Le chorion est formé par l'entrecroisement de

De fibres conjonctives, élastiques et musculaires ;
qui se forment en charbon de bois, seules
apparaissent se rendent sans s'intérieur l'épithé-
le revêtement qui recouvre la surface de ce
muqueuse est cylindrique à cils vibratils, dans
l'intérieur de l'intérieur afin de chasser l'ovule.
Aussitôt le pavillon de la trompe on rencontre
le péritoine dans lequel il flotte, c'est le seul point
du péritoine qui communique au dehors.
Il s'endrait même où finit la muqueuse et
commence le péritoine, c'est l'endothélium qui
prend place.

Le muscle de la trompe se compose de 2
couches de fibres musculaires lisses : une couche de
fibres circulaires faisant un anneau autour de
la trompe ; au dessous des fibres longitudinales,
puis un épithélium à cils vibratils. Entre la
muqueuse et le muscle on trouve du tissu
cellulaire.

La trompe reçoit des artères des veines et des lymphatiques.

Un pavillon de la trompe, parfois on constate
de 2 ou 3 petits pavillons supplémentaires.
ils ont pour but de remplacer le pavillon

principal, quand il est ablaté. Il existe
chez certaines femmes en 1 cas sur 10 des
travillons accessoires.

On appelle hydatide de Morgagni, des
petits kystes gros comme une lentille ou un
pois, qu'on rencontre au niveau du pavillon
de la trompe.

Les corps de Rosenmüller ont une forme
lenticulaire, placés entre l'ailem moyen et l'ai-
laron postérieur, c'est-à-dire entre la trompe
et l'ovaire, directement sous le testicule.
Ils se composent de parties très ténues et de
sont émaillés de petites tiges s'implantant d'autres
petites tiges, on les a comparés à un bouquet
ou à une pousse d'herbe. Ils ne
servent à rien; ils sont l'origine de kystes
parovariants. C'est le reste d'un canal appelé
canal de Wolff. La femme s'atrophie
et chez l'homme forme le canal déférent.
L'ovaire est une glande double située dans
le ligament large au niveau de l'ailem
postérieur de telle façon qu'il est libre dans
la plus grande partie de son étendue; il
ressemble à une amande, il a 4 centimètres

transversalement. son poids est de 13 grammes environ; il présente à l'extérieur une face antérieure, une face postérieure et un bord qui fait le tour de l'ovaire; il est relié par 2 ligaments: un ligament tubo-ovarien et un ligament utéro-ovarien. Ces ligaments ne s'insèrent pas directement sur la partie terminale de l'ovaire, mais sur son bord inférieur. La tige s'étend en s'incurvant à l'arrière et se termine dans la fosse utéro-ovarienne.

La surface de l'ovaire est lisse, cependant, chez les femmes arrivées à un certain âge, montrées un certain nombre de fois résorbées, des cicatrices qui sont les restes de la rupture des kistes de Graaf. Il peut aussi y avoir à cette surface principale des ovaires accolés.

Quand on fait une coupe verticale de l'ovaire on trouve 2 couches; une couche bulbeuse au centre et à la périphérie, une couche toute mince qui est la couche glandulaire, à la partie inférieure il y a le hile de l'ovaire où pénètrent les veines, les artères, les lymphatiques et les nerfs. Dans le noyau central on trouve

tissu de fibres conjonctives quelques fibres musculaires,
des fibres élastiques enfin des vaisseaux et des nerfs,
venant se répandre dans tout l'intérieur de ce
organe. L'épaisseur de la couche glanduleuse
mesure 1 à 2 millimètres, on y trouve une série
de cellules formant un revêtement qui continue
le revêtement du péritoine.

Au dessous de l'élément sus-cité de l'ovaire
on trouve l'ovisac ou l'œ à ovules ou follicule
de De Graaf. Cet ovisac se compose d'une enve-
loppe fibreuse qui se subdivise en 2 couches:
une externe et une interne.

Dans l'intérieur de cette enveloppe on trouve
un grand nombre de cellules au milieu desquelles
il y en a une qui n'a pas le même aspect
que les autres, elle est plus grande et le noyau
plus marqué, cette cellule est, celle qui se
compose lui-même d'une membrane à deux
couches et d'une membrane vitelline
au dessous on rencontre une substance de
vitellus qui remplit tout l'intérieur de l'ovisac
ensuite on voit un organe ou vésicule semi-
natoire contenant un autre petit organe
qui est la vésicule seminale.

Dans l'ovaire les cellules se dédoublent, se haussent vers la périphérie - en formant un anneau au milieu duquel se produit une expansion en de serosité, formant une lacé dans lequel se trouvent d'autres cellules ainsi que l'ovule arrivées à une époque de développement très avancée. L'ovule enfermée dans la vésicule de De Graaf n'est pas destinée à y rester. Au moment des règles une de ces vésicules se rompt arrive à la périphérie de l'ovule fait une saillie, se déchire et laisse échapper un ovule qui pénètre dans la trompe et se fait féconder in situ - il se développe - il a été fécondé.

Cette vésicule ayant perdu son ovule, est devenue inutile, s'atrophie se cicatrise, forme une petite cicatrice au milieu du corps jaune.

Les veines ont été approximativement évaluées par M. D'Arbois à 375, 300 environ par ovaire.

Les artères qui viennent au niveau des organes génitaux sont au nombre de 3 principales ce sont: les 2 artères utéro-ovariennes qui partent l'une de la sorte, l'autre de l'artère énale suivent le trajet des veines, arrivent sur les parties latérales des ligaments larges, suivent le sommet de l'utérus.

Des artères à la trompe, puis continuent leur trajet arrivent au voisinage des ovaires, passent sous l'ovaire au niveau du hilum forme une série de petites branches au nombre de 8 continuent leur chemin arrivent aux ovaires latérales de l'utérus, ces artères s'anastomosent avec l'artère utérine après avoir distribuée un grand nombre de branches sur son passage.

L'artère utérine est une branche de l'artère hypogastrique ou artère iliaque interne qui arrive sur les côtés du col de l'utérus en suivant la base des ligaments larges.

Quelques rameaux se rapprochant sur le vagin et le col de l'utérus. D'autres descendent, et s'anastomosent avec l'artère à la fin de l'artère utero-ovarienne forme une sorte d'artère appelée l'art. M^{re} glénaire artère superficielle au niveau de laquelle on sent le souffle utérin.

L'artère vaginale se détache de l'artère hypogastrique et va se jeter sur le vagin de manière à irriguer tout le pourtour du canal vaginal.

La veine vaginale naît du réseau veineux du vagin et se rend dans la veine hypogastrique.

Les veines utérines au nombre de 2 descendent de la partie latérales du vagin et de l'utérus, suivent l'artère utérine pour se jeter dans la veine iliaque interne ou hypogastrique. La veine utéro-ovarienne part de l'utérus et de la trompe et de l'ovaire, va se rendre soit dans la veine veinale ou dans la veine cave inférieure. Il existe encore des petites artères et veines du ligament rond.

Il y a 3 groupes principaux de ganglions qui se rendent les lymphatiques de la région: 1^{er} groupe des ganglions lombaires; 2nd groupe des ganglions ilio-lombaires et iliaques placés sur les parties latérales du bassin au niveau de la fosse iliaque interne; 3^{me} les ganglions inguinaux placés au niveau du pli de l'aine.

Tous les ganglions de la vulve et de l'anus se rendent aux ganglions inguinaux; ceux qui partent du vagin et du col de l'utérus se rendent aux ganglions ilio-lombaires et iliaques.

Le 3^{me} groupe des lymphatiques part de la cornue de l'utérus, des trompes et descend dans l'ovaire avec les artères utéro-ovariennes et se rendent aux ganglions lombaires.

Les nerfs accompagnent les artères et dépendent
du système du grand sympathique. Des filets
nerveux accompagnent l'artère utéro-ovarienne
et qui partent du plexus solaire, inner-
vent la trompe, l'ovaire et l'utérus; un autre
groupe accompagne l'artère utérine, se
rendant au niveau du col de l'utérus,
puis au vagin et partent du plexus hypogastrique.

- Organes génitaux masculins.

L'appareil génital de l'homme se compose d'abord
de deux glandes nommées testicules analogue aux
ovaires chez la femme. Les testicules portent
une série de canaux auxquels on a donné le
nom de canaux efférents qui viennent se jeter
dans un canal très contourné sur lui-même
auquel on a donné le nom d'épididyme; à la
suite est un canal de chaque côté appelé
canal déférent.

Structure et physiologie

Les testicules ont pour but de sécréter le sperme. Le testicule se divise en une série de lobes dont l'ensemble constitue toute la glande. On trouve dans l'intérieur de chaque lobe une série de petits canaux contournés sur eux-mêmes. Les canaux sont formés d'une paroi et d'une série de cellules épithéliales, quelques unes de ces cellules contiennent les spermatoblastes qui continuent dans ces canaux se trouvent les spermatozoïdes.

Spermatozoïde (sa forme)

Le spermatozoïde a la forme d'un bâtonnet, il est formé d'une tête, d'un segment intermédiaire et d'une queue.

Dimensions

la tête mesure 8 millièmes de millimètres, le segment à peu près la même dimensions, et la queue 40 millièmes. Le spermatozoïde est animé de mouvements dus à sa queue.

Le spermatozoïde est une simple cellule d'une forme un peu spéciale, la tête représente le noyau de la cellule, le segment représente le protoplasma ou la substance qui entoure le noyau, la queue est un cil vibratile.

Le spermatozoïde qui a été sorti sans les canaux efférents sort sans l'intérieur du spermatoblaste ces cellules se détachent et vont dans les vaisseaux.

muscle existe une tunique cellulo-fibreuse
et sous cette tunique est placé le testicule.
Celui-ci est enveloppé par une membrane
séruse ou tunique vaginale, quand elle
s'enflamme cela produit la vaginalite.
Les testicules reçoivent les vaisseaux qui
arrivent par le canal inguinal.

La verge

La verge est un organe de forme cylindrique
qui surmonte le scrotum, la peau l'enve-
loppe comme le tement, mais elle se termine
en se repliant - sur elle-même pour
former une partie renflée apiculé gland,
au sommet dague. est percée d'un orifice
de la verge.

La peau après s'être repliée s'incise à
la base du gland, c'est le prépuce qui
l'enveloppe tout à fait.

La verge est analogue au pénis chez la
femme. Chez les enfants nouveau-nés on
aperçoit à peine le gland mais qu'il est
sous le prépuce, c'est pourquoi chez les
jeunes on fait la circoncision, c'est-à-dire
qu'on met le gland à découvert après
avoir coupé le prépuce. Quand celui-ci

est fortement serré ... peut étrangler le gland, on évite ainsi une inflammation dans l'enveloppe cutanée on trouve les corps caverneux, ils naissent de chaque côté des branches ischio-pubiques et parcourant la verge dans toute sa longueur. Si on fait une coupe transversale de la verge, on voit l'enveloppe cutanée et la coupe des corps caverneux. De l'autre côté se trouve la section du canal de l'urètre enveloppé par un corps érectile spongieux qui forme le bulbe de l'urètre, ce corps spongieux se renfle à sa partie terminale et forme le gland. Tous ces corps érectiles se gonflent au moment de l'érection et donnent à la verge sa rigidité.

Ejaculation

Phénomène de l'éjaculation
Ce phénomène a lieu à la fin de l'union sexuelle, il a pour but de projeter les spermatozoïdes dans les organes génitaux de la femme. Par suite des contractions des vésicules sécrétoires et du canal déférent le sperme est accumulé dans la région prostatique du canal de l'urètre.

D'un autre côté à l'entrée de la vessie il existe un espace de sphincter, les fibres musculaires se contractent et ferment la vessie; on sait qu'en effet à ce moment la miction est impossible. ~~Dans~~ Donc les corps caverneux se contractent compriment le canal de l'urèthre et chassent vers le méat le sperme qu'il renferme; celui-ci s'échappe au dehors, pénètrent dans les organes génitaux masculins et féminins et va féconder l'ovule.

L'émission du sperme se produit brusquement par une série de petits jets saccadés.

Le phénomène de l'éjaculation est un phénomène réflexe, provoqué par les sensations génitales du coït, qu'il termine lorsque ces sensations ont atteint leur plus haut degré.

- Plans et axes du bassin -

On entend par axe la perpendiculaire abaissée sur le milieu d'un plan; ils ont une grande importance en obstétrique, car quand on fait des tractions soit dans une version, ou dans une application de forceps, il faut toujours tirer dans l'axe du bassin.

Le plan du détroit supérieur forme une inclination de 60 degrés.

Le plan du détroit inférieur est de 10 à 11 degrés, il se rapproche de l'horizontale quand il y a rétro-pulsion du coccyx. Le plan de l'excavation est intermédiaire entre ces 2 plans.

L'axe du détroit supérieur part de l'ombilic, traverse le milieu du plan et aboutit au coccyx.

L'axe du détroit inférieur part du promontoire pour aboutir à l'anus.

L'axe de l'excavation est intermédiaire entre ces 2 axes.

L'axe du vagin et de la vulve se dirige en avant et quand on ~~exerce~~ ^{exerce} on le dirige en haut.

La direction générale de l'axe fin promontoire
est celle d'un hameçon, certains auteurs disent
d'un demi-cercle, ou d'un angle.

Physiologie du système génital.

La menstruation est appelée vulgairement règles, et caractérisée par les phénomènes suivants réunis qui sont : d'une part l'ovulation et d'autre part l'hémorragie périodique.

Ovulation

À l'approche des règles, l'ovule se gonfle de liquide arrivant à la périphérie de l'ovaire et sa complète maturité se rompt, l'ovule est chassé dans le pavillon de la trompe avec le liquide contenu dans l'oviduc.

Hémorragie périodique

À côté de ce 1^{er} phénomène il y en a un 2nd qui est l'hémorragie périodique comme de toute antiquité, ce phénomène se produit ordinairement tous les mois. Il varie suivant les races. La 1^{re} apparition des règles se fait chez les jeunes filles, en France vers l'âge de 14 ans à 16 ans; dans les pays chauds, de 10 à 12 ans; dans le Nord, de 16 à 18 ans. Dans les grandes villes, les jeunes filles sont réglées beaucoup plus tôt qu'à la campagne.

Ménopause

En France la menstruation dure jusqu'à l'âge de 45 ans environ; il y a des variations; dans certains cas la ménopause se fait de 41 à 43 ans; dans d'autres cas on l'observe de 38 à 52 ans.

Cornélie cite un cas d'une femme dont les

regles ont duré jusqu'à 46 ans, mais c'est un cas exceptionnel.

Période des règles

Elles se montrent tantôt les mois lunaires, tantôt les mois solaires; les mois lunaires sont tous les 28 jours; les mois solaires sont tous les 30 jours. Il y a des cas où les règles apparaissent au demi mois, d'autres toutes les 3 ou 5 semaines.

Durée des règles

L'écoulement sanguin se fait ordinairement de 3 à 6 jours; mais cela est variable, il y a des femmes qui voient à peine et d'autres qui voient la durée des règles est de 10 et même 15 jours. Dans ce dernier cas il y a ménorrhagie.

Ménorrhagie

Vient dire écoulement de sang. C'est un excès de sang au moment des règles.

Métrorrhagie

Vient de métrite. Ménorrhagie qui provient de l'utérus.

L'abondance du sang est très variable. Quand les femmes perdent des caillots au moment des règles, c'est que l'écoulement est très abondant. Cela arrive principalement si la femme est restée couchée.

Quantité de sang.

La quantité de sang que perd une femme au moment des règles peut être évaluée de 80 à 800 grm. C'est au niveau du corps

Provenance du
sang des règles.

De l'utérus que se fait l'écoulement sanguin.
Une grande quantité de sang provient de l'utérus
il vient aussi de toute la surface des trompes, mais
en moins grande quantité que de l'utérus; une
petite quantité vient de l'ovaire et notamment
de la vésicule de de Graaf qui se rompt, et
l'écoulement se fait par la rupture l'ovulaire.
Certains auteurs prétendent que c'est la muqueuse
utérine qui tombe.

D'autres disent que c'est l'épithélium qui s'écoule,
car on trouve ces cellules.

Dysménorrhée. Cette maladie siège chez les femmes chez qui l'époque
pseudo-ménstruelle des règles est très douloureuse. Elle rendent des
débris de la muqueuse utérine.

Mégnier et Gendrin (auteurs) L'opinion admise la plus ces 2 auteurs, est celle qui
fait dépendre les règles de l'ovulation.

L'opinion admise par Mégnier et Gendrin, concerne
toute la physiologie féminine.

Tous les mois l'ovaire fournit son ovule, au
moment de la ponte ovulaire il se produit
une action de réflexes. Sous l'influence d'un réflexe
qui se produit à la vésicule de de Graaf, il
s'ensuit une congestion au niveau des organes
génitaux, qui à un certain moment amènent

l'écoulement du sang; quand l'ovule est
libérée, la congestion cesse et en même temps
l'écoulement.

Loewenthal (allemand)

D'après cet auteur, l'ovule pondue à la fin des
règles, s'échappe et vient se fixer dans l'utérus,
il reste là (d'une règle à l'autre) pendant un
mois, il attend les spermatozoïdes qui pourraient
le féconder, si la fécondation n'a pas lieu, l'ovule
s'échappe et s'écoule au dehors et un autre vient
le remplacer.

Oveling (anglais)
Anglais

Il y a une théorie qui fait échec à l'ovule
de l'écoulement sanguin. D'après Oveling, tous les
mois la muqueuse utérine prépare un nid
de manière à recevoir l'ovule, quand ce petit
nid est prêt, les règles se produisent, la congestion
a lieu et l'ovulation se fait. On l'appelle la
théorie de la nidation.

Beigel (allemand)

Prétend que l'écoulement et l'ovulation sont tout
à fait indépendants l'un de l'autre; cela n'est
pas, car si on supprime l'ovulation en faisant
l'ablation complète des ovaires, il n'y a plus d'écou-
lement de sang, c'est une ménopause anticipée.
Le contraire arrive chez les nourrices, quoique
n'ayant pas leurs règles, elles peuvent devenir
enceintes, il y a chez elles ovulation.

Phénomène de la
fécondation

Il résulte de sa rencontre de l'ovule et du
spermatozoïde, rencontre qui se fait au génécia
dans le tiers externe de la trompe.

- Embryologie -

Différentes théories ont été invoquées pour
expliquer l'ascension des spermatozoïdes dans l'intérieur
de la trompe. La théorie admise est celle de Becker ou du
sac menstruel.

Au moment de la menstruation il se fait
autour de l'ovaire une sécrétion sanguine et
une sécrétion séreuse. Le liquide est retenu par
les musc. intestinaux, il est en petite quantité,
il va sortir de la cavité péritonéale par la
trompe et va se mélanger avec le sang des règles.
L'ovule tout libre est entraîné par le cours de ce
liquide.

Fécondation...

Pour que la fécondation soit possible, il
faut que le spermatozoïde soit dans l'inté-
rieur de l'ovule. Cette ovule chemine, va
se recouvrir d'une couche d'albumine tellement
épaisse que la fécondation ne pourrait se
faire ailleurs que dans le tiers externe de la trompe.

Au moment de l'éjaculation, il y a
beaucoup de spermatozoïdes, mais un seul doit
suffire, il franchit la membrane vitelline, arrive
dans le vitellus. la tête seule s'avance, se
sépare de la queue, et parvient dans le noyau
de l'ovule et ne forme plus qu'un seul noyau.
Il se produit alors des phénomènes.
Le noyau se redouble, et chacun devient le
centre d'une nouvelle cellule, puis par
un mécanisme analogue, ces 2 noyaux se
redoublent, alors il y en a 4; ce redoublement
continue et finit une centaine de cellules.
L'ovule continue à grossir, il ne reste pas
stationnaire, à un moment donné, il se fixe
dans l'utérus. Dans chacune de ces petites
cellules il se fait un épanchement de liquide
refoulant les cellules à la ~~surface~~ périphérie,
et toujours refoulées de plus en plus elles se
mettent sur 3 rangs. Et un endroit quelques
cellules se groupent et c'est dans cette région
que se développera la colonne vertébrale de
l'embryon. Et ces 3 ordres de cellules on a
donné des noms spéciaux. Au rang le
plus externe on a donné le nom

D'ectoderme ou épiblaste ou encore feuillet externe du blastoderme.

Le feuillet moyen est nommé mésoblaste ou mésoderme ou feuillet moyen du blastoderme; un feuillet interne ou a forme de

D'endoderme ou hypoblaste ou feuillet interne du blastoderme (on l'appelle aussi endoblaste)

Ces 2 feuillets vont se réunir et n'en forment que 2 qui sont: la somatopleure et la splanchnopleure.

Le feuillet moyen du blastoderme se double en un feuillet profond qui s'accrole au feuillet interne du blastoderme, et en un feuillet externe qui s'accrole au feuillet externe du blastoderme. La somatopleure est la couche la plus superficielle et la splanchnopleure la couche la plus profonde; en un mot ce sont les 2 feuillets obtenus par le doublement du feuillet moyen du blastoderme. Entre la somatopleure et la splanchnopleure il y a une cavité appelée gîte. La somatopleure constituera toutes les parois du corps et la splanchnopleure, les viscères. Entre ces 2 feuillets il existe une cavité appelée coelome. En arrière ces cellules se sont disposées d'une façon particulière, en avant de ce point est la notocorne qui formera la colonne.

vertébrale, en arrière il y a une cavité qui sera le canal médullaire.

Par la transformation de ces différentes parties, la nature arrive à faire un œuf complet composé par l'embryon et ses annexes.

L'embryon forme l'être humain en petit; au moment où l'œuf est formé si on fait une coupe de l'utérus on trouve: la paroi utérine, la caduque qui résulte de la transformation spéciale de la muqueuse utérine, au dessous le chorion qui aboutit à un épaississement qui sera le placenta, au dessous on trouve la membrane ^{amnios} amniotique qui entoure complètement le chorion, le placenta et le cordon, dans l'espace compris entre l'amnios est l'embryon on trouve le liquide amniotique.

Développement de l'œuf.

Le développement de l'œuf complet se fait de la façon suivante.

Il se produit au centre de l'œuf un étranglement de la splanchnopleure, le même phénomène se produit pour la somatopleure, ces 2 feuillettes prennent l'aspect d'un 8 dans

La partie inférieure sera la partie embryonnaire où se formera l'embryon ; la partie supérieure est la partie extra-embryonnaire qui formera les annexes ; la partie intermédiaire formera ^{la tige pédonculaire} le cordon ; à la partie inférieure la somatopleure prend le nom de somatopleure embryonnaire, à la partie supérieure somatopleure extra-embryonnaire ou annexaire. De même pour la splanchnopleure. Au niveau du cordon : somatopleure et splanchnopleure intermédiaire.

L'espace qui sépare la somatopleure et la splanchnopleure prend le nom à la partie supérieure de coelome extra-embryonnaire et à la partie inférieure de coelome embryonnaire et à la partie intermédiaire de coelome intermédiaire.

Il va se produire un doublement et un partageant de la somatopleure extra-embryonnaire où de chaque côté ces prolongements grandissent de plus en plus, se réunissent au dessus de l'embryon et l'enveloppent complètement.

La splanchnopleure extra-embryonnaire s'est développée et constitue la vésicule ombilicale qui peut être comparée au jaune de l'œuf, c'est-à-dire

jaune qui nourrit le fœtus, il s'établit entre
celle est l'embryon une véritable circulation;
la circulation de la veine ombilicale qui ne
durera que quelques semaines et précède la
circulation de l'allantoïde. Le prolongement
de la somatopleure a constitué une cavité
qui se remplit de liquide qui entoure complé-
tement l'embryon, c'est la cavité amniotique.
Cette cavité est constituée par le repli de la
somatopleure extra-embryonnaire qui n'est
autre que l'amnios.

Le repli le plus externe s'est accolé à la
somatopleure s'est accréte à la membrane
vitelline et forme le chorion secondaire.
Il se produit à ce moment l'expansion de
l'allantoïde, la veine ombilicale s'atrophie
se résorbe, l'allantoïde s'allonge, envahit
tout le tour de l'œuf en s'insinuant entre
l'amnios et le chorion secondaire pour le
doubler et le compléter.

Quand l'allantoïde est développée il n'a
plus tout le pourtour de l'œuf des vitesses
vasculaires qui s'attachent sans en un
point, on doit se former la placenta.

s'unissant au chorion secondaire pour former le 3^{me} chorion ~~tertiaire~~ ou définitif ou tertiaire. Le 3^{me} chorion est donc constitué par la membrane vitelline par un doublement de la somatopleure extra-embryonnaire et par l'allantoïde atrophie.

À 1 mois $\frac{1}{2}$ environ, il existe des villosités vasculaires. Des vaisseaux tout autour de l'œuf, on ne peut pas encore distinguer le placenta, mais à partir de ce moment l'allantoïde commence à s'atrophier sauf à l'endroit où se trouvera le placenta. C'est au bout du 3^{me} mois seulement que l'œuf est formé ainsi que le placenta.

Le placenta

Le placenta est une masse charnue, très vasculaire, servant de point d'union entre le fœtus et la mère. C'est à son niveau que se font les échanges nutritifs et respiratoires. Son poids est d'environ 800 grm. Le liquide amniotique pèse le même poids.

Poids

Diamètres

Son diamètre d'un bord à l'autre est d'environ 10 centimètres, l'épaisseur du placenta

à la partie centrale mesure 3 centimètres;
il va en s'amincissant vers les bords.

Circonférence

La circonférence mesure 60 centimètres environ.
On lui étudie 2 faces: une externe ou
utérine, une interne ou fœtale.

Face fœtale

La face fœtale est lisse, elle est recouverte
par l'amnios (membrane qui se détache assez
facilement) au niveau du cordon elle est
elle est plus mince, elle remonte et forme
un véritable fourreau au cordon. Sur cette
face on aperçoit des vaisseaux et quelque-
fois les restes de la vésicule ombilicale qui est
un petit filonnet avec un renflement
à son extrémité.

Insertions

L'insertion au cordon se fait sur cette face
fœtale en différents points: tantôt au milieu
il y a insertion centrale; tantôt sur la
surface intermédiaire entre le milieu et
le bord, c'est l'insertion latérale; il peut
s'insérer sur le bord même du placenta
et donne l'insertion marginale; ^{ou en *ex* *naquette*} il peut
aussi s'insérer sur les membranes à quelques
centimètres du bord du placenta (mais ce
cas est très rare) on a l'insertion vésiculaire.

mentouse (du latin scilicet qui veut dire voile.)
Les vaisseaux sont arrivés au placenta doivent
suivre les membranes; Dans certains cas elles
arrivent au placenta sans se ramifier (lobstern)
Dans d'autres cas elles se ramifient (Berskise)
Les insertions sur les membranes sont ^{assez} rares,
elles sont beaucoup plus dangereuses.
Les insertions marginales se rencontrent dans
4 cas sur 100.

Les insertions les plus habituelles sont: l'insertion
centrale et l'insertion latérale.

Face utérine

La face utérine est tomentouse, sanguinolente
irrégulière. Elle est parcourue par des sillons
qui la divisent en lobes ou cotylédons, elle
est en rapport direct avec la muqueuse
utérine.

Le placenta s'insère sur la face interne de
l'utérus en un point quelconque.

On a divisé cette face en 3 régions: 1^{ère} = a
8 centimètres de l'orifice interne ou région infé-
rieure; 2^{ème} = à 8 centimètres du poid, ou région
supérieure, et entre ces 2 régions se trouve la
région moyenne.

Quand le placenta s'insère dans la région

inférieure, il y a insertion vicieuse, ou placenta
prævia: quand il s'insère dans les h. intres
gones soit sur les côtés ou au fond, il y a inser-
tion normale. le plus souvent cette insertion se fait
à la ^{latéralement} circonférence du placenta fait suite
au chorion qui est la membrane la plus
résistante; cette circonférence peut prendre
différentes formes, on les a divisées en 3 grandes
catégories: placentas unilobés; multilobés unis;
et multilobés séparés.

Le placenta bilobé
est celui qui est formé
de 2 lobes.

Le placenta unilobé est celui qui est formé
d'un seul lobe.

Le placenta multilobé uni est celui qui
est formé de ~~2~~ plusieurs lobes qui sont
unis les uns aux autres.

Le placenta multilobé Désunis est celui qui
est formé de plusieurs lobes séparés les uns des autres.

Le placenta peut être circulaire, ovalaire,
ou irrégulier.

Structure

Le placenta se compose de 2 parties: un
placenta fœtal et un placenta maternel,
qui sont intimement accolés l'un à l'autre
mais distincts comme structure.

Le placenta maternel est en rapport avec

avec la muqueuse utérine, ce n'est qu'une
que cette muqueuse transformée.

Le placenta fœtal est formé par l'allantoïde
qui s'y est réunie.

Placenta maternel La muqueuse utérine, sous l'influence de
la grossesse, se transforme, et forme une série
de prolongements auxquels on a donné le nom de
Vaisseaux villosités; Dans chacune de ces villosités on
trouve une artère et une veine, artères qui
viennent des parois utérines et qui se continuent avec
des veines dans d'autres villosités. Inférieurement
l'artère s'ouvre et la veine prend naissance
sur un autre point, le sang est vidé dans
un espace qui se trouve entre les villosités,
repart par la veine et revient à la paroi utérine;
il y a donc des villosités fermées et des villosités
ouvertes.

Placenta fœtal Et la surface de l'allantoïde il se forme des
villosités qui s'engrènent avec les villosités du
placenta maternel, il y aura adhérence qui
ne fera des 2 placenta qu'une seule masse
placentaire.

Vaisseaux Dans les villosités fœtales il y a également
des vaisseaux, des artères et des veines qui arrivent

par le cordon et qui fournissent un prolongement à chacune des branches de la villosité. A chaque artère fait suite une veine qui revient pour se jeter dans la veine ombilicale. Les vaisseaux du placenta maternel sont ceux qui forment le lac sanguin en espace compris entre dans l'entrecroisement des villosités du placenta fœtal et du placenta maternel.

Circulation placentaire

Le sang arrive par les vaisseaux du cordon dans les villosités fœtales qui flottent dans le lac sanguin. Le lac sanguin contient aussi les villosités maternelles dans lesquelles le sang passera à travers les vaisseaux. Quand les villosités seront adhérentes l'échange se fera à travers l'épaisseur des tissus des villosités. Il n'y a donc pas de communication directe entre le sang fœtal et le sang maternel.

Placenta (suite)

D'après Ercolani, toutes les veines qui sortent des villosités se jettent dans une veine plus développée que les autres et qui fait tout le tour du placenta; cette veine est appelée cavaire ou sinus circulaire.

Physiologie du placenta

C'est par le placenta que le fœtus vit. Il se développe, c'est à son niveau que se font les échanges nutritifs et gazeux.

Le sang de la mère pénètre dans les villosités et les lacis sanguins, le sang du fœtus se met en contact avec le sang maternel au niveau des villosités ou des lacis.

Le sang fœtal est chargé d'acide carbonique et au contact de la villosité absorbe l'oxygène et rejette le gaz impropre à la vie; l'échange gazeux a donc lieu; c'est encore au niveau des villosités que se font les échanges nutritifs.

Le fœtus absorbe des liquides comme le chlorure de potasse, l'iodure de potassium, le chlorure de sodium du sérum du sang maternel, ces liquides passent dans le sérum du sang fœtal. Il peut aussi passer des solides, des microbes par exemple.

Pathologie

Les cellules qui constituent les parois peuvent avoir des propriétés glycogéniques, c'est à dire fabriquer du suc qui sert à nourrir le fœtus. Le placenta peut être le siège de différentes maladies.

La dégénérescence fibre-graisseuse qui se rencontre surtout chez les femmes albuminuriques.

La rupture du sinus circulaire qui peut entraîner la mort de la mère et de l'enfant.

Dégénérescence calcareuse

Les foyers apoplectiques. L'œdème placentaire surtout chez les syphilitiques; le placenta peut avoir 2 fois son volume. L'œdème est quelques fois dû à d'autres affections, mais rarement.

L'atrophie des villosités choriales qui se voit chez les femmes âgées et qui ont beaucoup souffert pendant leur grossesse se vaine principalement. Et enfin, les kystes qui siègent sur la surface fœtale du placenta. Dans ce cas, on dit que le placenta est truffé.

Le chorion

Le chorion (membrane) est entouré d'une part par l'amnios et d'autre part par la caduque. L'adhérence entre le chorion et la cavité est plus intime que l'adhérence

entre le chorion et l'amnios. A l'état pathologique, le liquide amniotique filtre à travers la membrane amnios et forme une seconde poche d'eau appelée amnio-choriale. Le chorion est composé de tissu conjonctif, il se continue avec le placenta.

L'Amnios

En dedans du chorion, se trouve la membrane amnios ayant l'aspect d'une séreuse, la surface ~~est~~ lisse, elle est en rapport avec le liquide amniotique, l'autre surface avec le chorion. L'amnios tapisse également le cordon et se termine là où commence la peau du fœtus.

La caduque

Caduque vient du mot latin (cadere,) tomber; en effet la caduque est destinée à tomber avec l'œuf. Quand l'œuf fécondé arrive dans l'intérieur de l'utérus, il rencontre la muqueuse qui s'est plissée, et a préparé un petit endroit. Il se produit bientôt un bourgeonnement de cette muqueuse qui entoure complètement l'œuf et l'isole.

La muqueuse utérine peut être divisée en 2 parties: la muqueuse située entre l'œuf et la paroi utérine est appelée caduque utéro-

placentaire; la muqueuse qui reste autour
de la paroi est appelée caduque utérine;
et la caduque ovulaire est celle qui enveloppe
complètement l'œuf, elle est constituée par
le prolongement de la muqueuse.

Si même l'œuf se développe, il se rappro-
che de la paroi utérine, de sorte que la
caduque ovulaire est repoussée contre la caduque
utérine. Bientôt ces 2 caduques se rapprochent
de plus en plus et s'accroissent complètement;
ceci se fait vers le 3^{me} mois. Cette adhérence
existe surtout vers le 4^{me}, 5^{me} et 6^{me} mois, de
sorte que si une femme fait un avortement
à cette époque, il y a rétention d'une très
grande partie de la caduque. Pendant les
3 derniers mois de la grossesse, il se fait
une séparation de la caduque et de la
paroi utérine. Elle se fait de la façon suivante.
Si on fait une coupe à 4 mois, on trouve
sur la paroi utérine des lacunes tapissées à
l'intérieur de cellules, ces petites cavités sont
les restes des anciennes glandes; puis des cellules
à aiguilles et enfin une série de cellules
rondes; le chorion et l'amnios.

Robin, autre, La séparation se fait, ~~selon~~ ces auteurs
au niveau du muscle utérin.

Desnéty, (1) Pour cet auteur la séparation se ferait plus
bas au niveau d'une ligne passant au
milieu des culs-de-sac glandulaires et

Friedländer et enfin pour Friedländer elle se ferait au niveau
des cellules aiguilles.

L'opinion de Desnéty semble être la plus
vraie, c'est donc au niveau des culs-de-
sac glandulaires que se fait la séparation.
La partie située en ~~dedans~~ des culs-de-sac aide
à constituer la nouvelle muqueuse utérine par
suite de la prolifération des cellules; cette recons-
titution se fait pendant les suite de couches.
En niveau du placenta la séparation se
fait au niveau des culs-de-sac glandulaires
mais elle n'a lieu qu'au moment de la
délivrance.

Liquide amniotique

Le fœtus nage dans le liquide amniotique il paraît se former aussitôt que la cavité est formée, et il augmente à mesure que l'œuf se développe.

Quantité

La quantité est 800 gramm. Variations assez considérable; 1200 gr. ou excès de liquide et même 1800 gr. D'autres fois, il y a 300, 200 et 100 gr. de liquide.

Quand il y a excès de liquide et que la quantité dépasse un litre c'est qu'il y a hydroamnios. Le liquide est composé de sérosité dans laquelle on trouve de l'albumine, du lactate de soude et du chlorure de sodium.

C'est un liquide transparent qui devient jaunâtre. Quand le fœtus est macéré il devient rouge noir. Quand l'enfant sort, le méconium se mêle au liquide, celui-ci devient verdâtre.

Origine du liquide.

Si ce liquide était d'origine maternelle, ce serait les vaisseaux qui secréteraient une sérosité, celles-ci passant à travers les membranes et remplissant la cavité. Le liquide peut être d'origine amniotique, il serait secrété par la

surface du placenta et par les membranes.
L'origine fœtale est la plus vraisemblable. Il peut
être secrété soit par le fœtus ou les reins du
fœtus, ce serait donc la sueur ou l'urine.
Les reins sécrètent beaucoup, car le liquide peut
s'écouler au dehors.

Ce liquide sert à laisser au fœtus une certaine
mobilité et favoriser la circulation. S'il n'était
pas les parois utérines comprimeraient le fœtus
en pressant sur lui et entrainerait ^{un} bien tôt sa mort.
Achelfeld dit que le liquide est à nourrir le
fœtus, car on a trouvé dans l'estomac, les intestins,
de petits follicules pileux qui ne pouvaient provenir
que de la surface cutanée du fœtus.

Voici une preuve que les reins du fœtus sécrètent.
Lorsque le fœtus a l'urèthre imperforé, le liquide
contenu dans la vessie ne peut s'écouler au dehors;
et alors, au moment de l'extraction de l'enfant
on voit que sa vessie est tout à fait distendue
par l'urine.

Le cordon.

Le cordon est une petite tige lisse, flexible, qui présente à sa surface une petite torsion due aux vaisseaux contenus dans son intérieur. Cette torsion ne se fait pas toujours dans le même sens les vaisseaux sont tordus dans un sens puis dans un autre; elle se fait surtout de droite à gauche ou sinistorsion, ou de gauche à droite ou extorsion, la torsion nulle existe le moins souvent. Sur le trajet du cordon on observe des nodosités qui peuvent être circulaires; dans d'autres cas la nodosité ne se fait que d'un côté, elle est ^{d'autres} fois il y a une nodosité périculée reliée au cordon par un petit pédicule.

La nodosité contient de la gélatine de Wharton et encore une artère ou une veine.

Longueur du cordon La longueur du cordon est en moyenne de 90 centimètres, mais il peut y avoir des cordons de 1 mètre, comme d'autres qui n'ont que 30, 40 ou même 10 centimètres. Les cordons trop courts sont une cause de dystocie; on a vu des cas où l'ombilic venait s'incruster presque sur le placenta. Le volume du cordon à peu près le volume du petit doigt.

mais il peut être plus mince ou plus gros, on rapporte un cas où le cordon avait $16 \text{ centim.} \frac{1}{2}$ de circonférence.

Il ne faut pas confondre les nodosités avec les nœuds qu'on voit sur certains cordons. Les nœuds sont faits par le fœtus, car en se mouvant il peut passer par une anse du cordon.

Les nœuds peuvent être plus ou moins compliqués. L'insertion du cordon se fait d'une part sur l'ombilic de l'enfant, d'autre part sur le placenta sur les membranes.

Si on fait une section du cordon on trouve : une membrane enveloppante c'est l'amnios ; au centre, une veine appelée ombilicale. De chaque côté de la veine les artères ombilicales, et dans tout le reste l'étendue une substance gélatineuse qui comble tout l'espace. Cette substance a été appelée gelatine de Wharton.

Artère ombilicale L'artère sert à porter le sang du fœtus au placenta, elle est chargée d'acide carbonique et de sang veineux. La veine revient du placenta elle charrie du sang oxygéné.

Les vaisseaux cheminent les uns à côté des autres sans présenter de torsion.

Quelquefois la veine s'enroule autour des artères et réciproquement; dans d'autres cas, les vaisseaux s'enroulent ensemble. Le vaisseau le plus court est enroulé par le plus long. Il peut y avoir où

Il y a parfois des anomalies, on trouve une artère au trois; il en est de même pour la veine, on en trouve quelque fois deux. A côté de ces vaisseaux, dans l'intérieur du cordon on a étudié des vasa propria (ou vaisseaux propres du cordon) Ces vaisseaux se distribuent dans tout le cordon.

Le cordon sert à transporter le sang du placenta au fœtus, et du fœtus au placenta. Si par une cause quelconque, au moment de l'accouchement, il existe une compression prolongée sur le cordon, la circulation est interrompue et le fœtus meurt asphyxié.

Le fœtus à terme.

On reconnaît difficilement qu'un enfant est à terme. Il n'y a aucune ~~examen~~ ^{examen} précis qui puisse affirmer qu'un enfant est à terme. Les signes qui font supposer qu'un enfant est à terme ou non sont d'abord les renseignements fournis par la mère, surtout les dernières règles.

Poids du fœtus.

Le poids du fœtus oscille entre 3000 à 4500 gram. Il est des poids plus considérables et un enfant peut même peser plus de 3800 gram. Le poids le plus fort est relaté par Reimbault, l'enfant pesait 9 kilog. Il peut y avoir des enfants qui pèsent moins que 3000 gram. même quand ils sont à terme.

Longueur du fœtus

La longueur de l'enfant à terme est de 80 centimètres (à peu près celle du cordon) mais il peut arriver que l'enfant n'a que 40 ou 48 centimètres ou bien 80 et même 88 centimètres.

Un enfant de 7 mois a les ongles très bien développés de même que les cheveux sont très longs, de sorte qu'on ne peut affirmer qu'un enfant est ou non à terme.

Chez le garçon les testicules descendent à 7 mois ou à 8 mois au plus tard; la descente des testicules dans les bourses peut se faire près du terme. D'autres fois, à terme, l'enfant n'a pas de testicules descendus, ou alors il n'en a qu'un. Quand l'ossification est bien faite on peut dire qu'il est près du terme.

Il est un signe qu'on peut voir chez les enfants à terme quand on fait l'autopsie. C'est un point d'ossification qui se trouve à l'épiphyse, ou à la partie inférieure du fémur.

Lorsque ce point n'est pas encore formé, on peut presque affirmer que l'enfant n'est pas à terme.

Forme générale.

Le fœtus est absolument fléchi sur lui-même, son attitude est celle d'un tailleur qui travaille, la tête est fléchie sur le tronc, les bras sur le corps.

La conformation générale est celle d'un ovoïde (gros œuf) la petite extrémité est constituée par la tête, et la grosse par le siège.

La position normale du fœtus dans l'utérus est que la tête est située en bas. Cet ovoïde se compose lui-même de

2 ovoïdes ; un constitue par la tête et l'autre par le tronc ou ovoïde corné ; ces deux ovoïdes se réunissent l'un à l'autre et forment l'ovoïde total.

Le fœtus est donc replié, ratatiné sur lui-même, mais au moment de l'accouchement les 2 ovoïdes passent l'un après l'autre, le fœtus se déplie.

Conformation
de l'ovoïde céphalique

L'ovoïde céphalique est formé par le crâne et la face.

Quand on pratique le toucher on introduit le doigt jusqu'au niveau de la tête, après avoir pénétré dans le col de l'utérus et l'on arrive sur des sutures et des fontanelles.

Sutures.

On entend par sutures des espaces qui se trouvent entre deux os.

Fontanelles.

On entend par fontanelles, l'espace membraneux formé par la réunion ou le confluent de plusieurs sutures.

C'est par cela qu'on sent la conformation de la tête. Sur cette tête foetale, il y a des sutures et des fontanelles ; Quand on examine une tête on voit d'abord une suture.

On trouve 3 os ; l'occipital en arrière, de chaque

côté les pariétaux ; et en avant les deux os frontaux ; entre les 2 os pariétaux il y a une suture qui va de la pointe de l'occiput jusqu'à un point qui se prolonge entre les 2 frontaux. Cette suture s'appelle bi-pariétale mais on la désigne plus particulièrement sous le nom de suture sagittale (en latin veut dire flèche) cette suture présente par son ensemble une flèche. Cette suture est coupée en avant par une autre suture transversale, qui sépare les frontaux des pariétaux. On donne à cette suture le nom de suture fronto-pariétale ou coronaire.

En arrière la suture sagittale se continue avec une autre qui sépare les pariétaux de l'occipital, cette suture est appelée lambdoïde. D'un mot grec Lambda.

Sur cette suture sagittale, il y a 2 fontanelles ou 2 confluent. Ces 2 fontanelles sont en arrière le lambda, et en avant le bregma ; on donne encore le nom de petite fontanelle au lambda ou fontanelle postérieure, et au bregma le nom de grande fontanelle ou fontanelle antérieure.

La fontanelle postérieure est formée par la réunion de la pointe de l'occiput d'une part, cette fontanelle est virtuelle, il n'existe pas d'espace membraneux; et d'autre part par les angles des deux pariétaux.

Le bregma à l'aspect d'une losange, elle est constituée par la réunion de 4 sutures.

Il existe donc à cette fontanelle 2 bords antérieurs constitués par les frontaux, et 2 bords postérieurs constitués par les pariétaux.

Quand on pratique le toucher on sent 4 sutures, puis un espace plus ou moins considérable, membraneux qui se laisse déprimer, c'est le bregma. Au contraire pour le tumida on a pas cette sensation, il n'y a pas d'espace membraneux, et on n'a que 3 sutures. Mais il ne faut pas se fier aux espaces pour le diagnostic, car la tête peut être comprimée et les os se rapprochent.

Sur cette suture sagittale il existe encore d'autres sutures surtout à l'état pathologique.

La 1^{re} est constituée par une manœuvre d'ossification qui existe tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, ou encore des 2 côtés à la fois.

Il peut exister une autre fontanelle, c'est un simple petit espace membraneux, elle est appelée fontanelle de Malguène Malguène ou encore de glabèle.

Il y a encore 2 autres fontanelles, placées sur les parties latérales; une de ces fontanelles est importante au point de vue obstétrical, l'autre au point de vue théorique.

Après la réunion du frontal, du pariétal, du temporal et de la grande aile du sphénoïde, il y a une petite fontanelle appelée pterigine.

En arrière il existe 3 sutures qui aboutissent en un point ou suture membraneux; elle est formée par le pariétal, par l'occiput et par le temporal.

Cette fontanelle a un nom vulgaire ou de Gasser et un nom plus relevé l'ostéion ou fontanelle osseuse.

Il y a une très grande suture entre le lambda et la fontanelle de Gasser.

Quand on sent cette espace on est près de l'oreille qui est située presque...

Il y a encore un autre moyen; dans

Le lambda et les 3 os sont au même niveau, tandis que dans la fontanelle de Gasser on sent une saillie très marquée, formée par le temporal.

- Diamètres du fœtus -

Diamètres de la tête

Il est sur la tête du fœtus un certain nombre de diamètres à connaître.

1^{er} - antéro-postérieur

D'abord le diamètre mento-maximum part de la pointe du menton et se dirige en arrière pour aboutir à la partie la plus éloignée et la plus postérieure de la tête au dessus du lambda, ce diamètre mesure 13 c. $\frac{1}{2}$. Le diamètre occipito-frontal part de la pointe de l'occiput jusqu'au niveau de la racine du nez, il mesure 12 c. à 12 $\frac{1}{2}$. ces diamètres sont dans le sens antéro-postérieur.

Diamètres transverses

Les diamètres transverses sont les plus importants. Le diamètre bi-pariétal est le plus important, il mesure 10 c. $\frac{1}{2}$. Le diamètre bi-temporal, qui s'étend d'un temporal à l'autre mesure 8 c. $\frac{1}{2}$. Le diamètre bassinier bi-mastoldien qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre mesure 7 c. $\frac{1}{2}$. enfin le bi-occipital qui s'étend

D'un astérion à l'autre, il mesure $9c \frac{1}{2}$.
Le diamètre bi-malaire sort à mesure la
face transversalement, il mesure $6c \frac{1}{2}$.
Il y a encore 4 diamètres importants à connaître.
Le sous-occipito-scapulaire part de l'union
du cou et de l'occiput et aboutit au centre
du pégma, il mesure $9c \frac{1}{2}$. Le sous-occipito-maxi-
mum à son point de départ comme le pré-
cédent, mais il aboutit au front il mesure $10c \frac{1}{2}$.
Pour la présentation de la face, il y a 2
diamètres. Le sous-mento-trigonal part
de la réunion du cou et du menton et
aboutit au centre du pégma, il mesure $9c \frac{1}{2}$.
Au moment de l'accouchement on a un
nouveau diamètre: le sous-mento maximum
qui part de la réunion du menton et du
cou, pour aboutir à la partie la plus éloignée
de la tête, il mesure 11 centimètres.
Il est au niveau du corps du fœtus 4
diamètres. Le diamètre bipariétal qui
s'étend du milieu de la face antérieure
du fœtus, jusqu'au milieu de la tête
postérieure, il mesure $6c$; le bi-trochantérien
qui va d'un trochanter à l'autre mesure

9 centimètres; le sternum - vers le point du milieu
du sternum, jusqu'au milieu du dos, il
mesure 9 c.; et enfin le dernier diamètre, qui
à la plus grande dimension est le bis-acromial
qui va d'un acromion (épaule) à l'autre
mesure 19 centimètres.

Circulation du fœtus.

Chez le fœtus la circulation ne se fait pas de la
même manière que chez l'adulte.

Il y a chez le fœtus des communications qui
s'oblitérent aussitôt après la naissance.

Ces communications sont: le trou de Botet et le
canal artériel.

Le trou de Botet est un petit orifice qui fait
communiquer les 2 oreillettes, comme le sang n'a
pas besoin d'entrer dans le ventricule droit
et ensuite dans l'artère pulmonaire pour aller
s'oxygéner dans les poumons, il passe directement
de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche, puis
dans le ventricule gauche et enfin dans l'aorte
pour rentrer dans la grande circulation.

Le canal artériel fait communiquer l'artère pulmonaire
avec l'aorte.

Quand le sang est arrivé dans l'artère pulmonaire, au lieu de continuer dans les poumons il traverse le canal artériel et se trouve dans l'aorte.

Le trou de botal et le canal artériel ont pour but d'abréger la circulation.

Quand ces orifices ne se ferment pas immédiatement après la naissance, il peuvent produire de graves troubles physiologiques la respiration car il a été éprouvé que si la structure de la placenta se fait à ce niveau, de sorte qu'il n'est pas besoin que le sang se rende au foetus, qui, pendant la vie intra-utérine ne servent à rien; puisque la transmission de l'oxygène dans le sang fœtal se fait dans la placenta lorsqu'il est en contact avec le sang maternel. La nutrition est même que la respiration se fait presque complètement au niveau de la placenta. Le liquide amniotique sont aussi affectés à l'alimentation du fœtus mais en petite quantité.

Secrétions du fœtus.

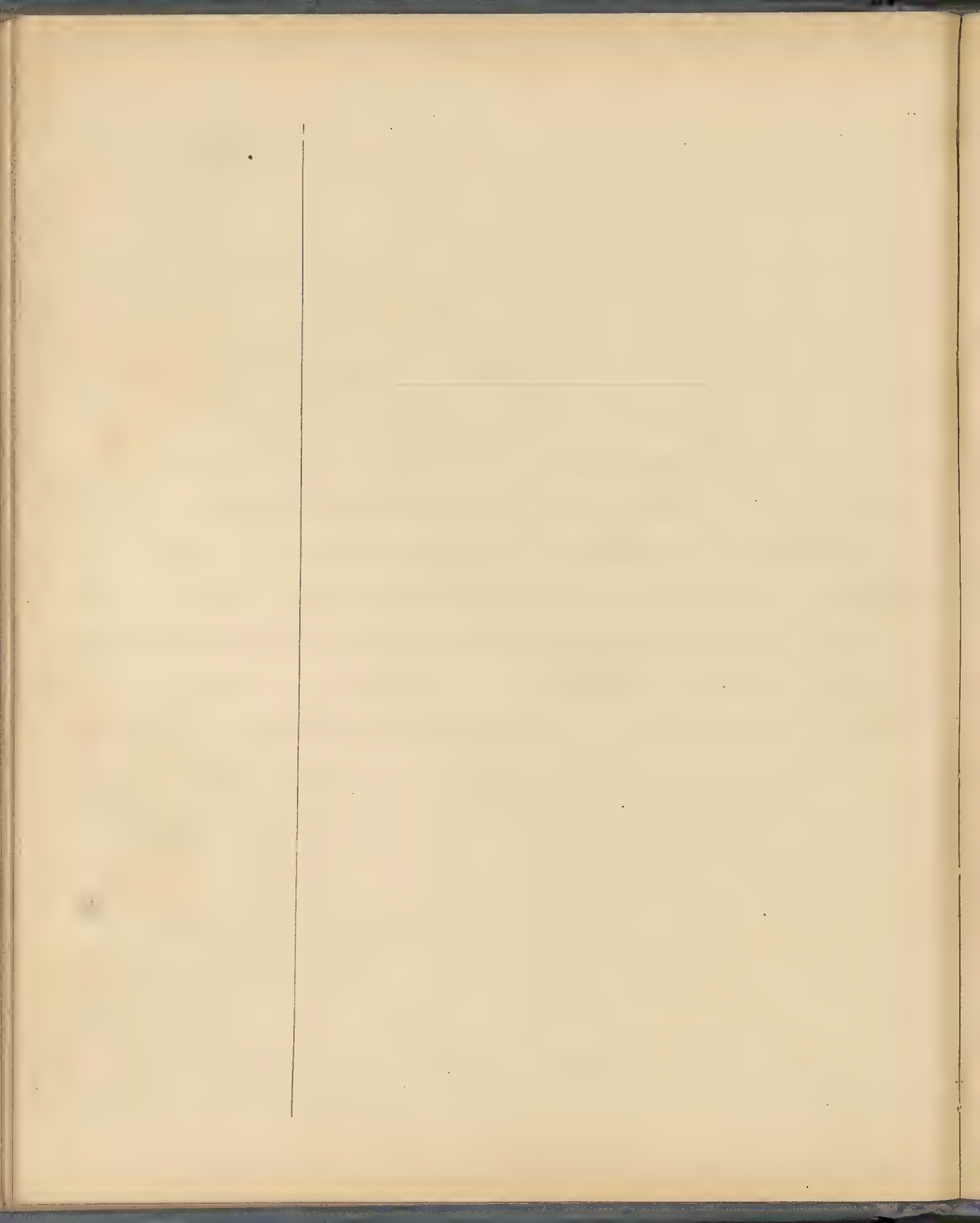
En moment de sa naissance, il est reconnu

est un sécrét sébacé qui provient de la
sécrétion des glandes sébacées, mais si se trouvant
sous le peau.

Les sécrétions intestinales forment le méconium
qui est un mélange de lait et de cellules
qui proviennent de la desquamation des intestins.
Les reins sécrètent aussi, car si le fœtus a
une respiration de lui-même, la vessie est
considérablement distendue par l'urine.

Immersion.

On dit que le fœtus a des moments de
veille et de sommeil, si on consulte les
femmes, elle disent que le fœtus remue
d'avantage à de certains moments qu'à
d'autres.



18 janvier 1896 -

Cours de M^r Boissard -

Pathologie de la grossesse.

La pathologie de la grossesse comprend les différentes affections qui peuvent survenir pendant la grossesse.

Ces affections sont classées en deux groupes : les complications et les maladies aiguës et chroniques.

Dans les affections aiguës et chroniques il y a les maladies aiguës et chroniques.

On reconnaît comment la maladie se manifeste par l'inspection, l'auscultation, le toucher, etc.

Les maladies les plus fréquentes sont les fièvres, les éruptions cutanées, les maladies du système digestif, etc.

Les maladies du système digestif sont les gastrites, les gastro-entérites, les diarrées, etc.

Les maladies du système respiratoire sont les bronchites, les pneumonies, etc.

Les maladies du système circulatoire sont les anémies, les hémorrhagies, etc.

Les maladies du système urinaire sont les cystites, les pyélonéphrites, etc.

Les maladies du système génital sont les leucorrhées, les vaginites, etc.

Les maladies du système nerveux sont les épilepsies, les hystéries, etc.

maladies contagieuses, la température
non seulement pour la mère, mais pour

Hyperthermie. En l'absence du fait de l'excès de température
est de la même. L'action des microbes qui
est modifiée aussi pour le produit
de conception.

Ces agents infectieux peuvent passer à la mère
chez 2 états, par exemple. Tant la varioloïde la
mère, l'enfant vient au monde avec des pustules
ou des cicatrices.

Dans ces cas la varioloïde est aggravée par la grossesse
et se complique inégalement la grossesse.
Il y a une forme de varioloïde qui se manifeste
prématurément d'un enfant mortin
les gens qui sont autour de nous, surtout

les personnes qui se trouvent dans les
milieux où se trouvent les personnes atteintes
de cette maladie.

Le ... ce ... est ...

chez la femme accouchée; c'est-à-dire pendant les suites de couches.

Il ou

Le ... pneumonie compliquant la grossesse.

On soigne une femme atteinte de ... maladies, si elle est infectée ...

elle affecte ...

Erigipide

L'érigipide est une affection grave, contagieuse ...

la femme atteinte d'érigipide ...

si elle accouche prématurément ...

à ...

Noter

Des pneumons, cette affection est assez grave.

Les femmes respirent surtout par la
partie supérieure - ou thorax, le diaphragme
par suite de la grossesse est immobilisé
alors la femme enceinte, ne pouvant
plus respirer, s'asphyxie c'est à dire
meurt subitement.

Pleurésie...

Inflammation de la plèvre. 1 à 2 litres
de liquide dans la plèvre, le poumon est
aplati, on ne peut respirer que par un
poumon; si c'est le poumon gauche qui
est atteint, le cœur est refoulé, si c'est à
droite, c'est le foie, alors il peut y avoir
de l'asphyxie. Il y a des pleurésies qui
evoluent d'une façon lente, sans élévation
de température, mais lorsqu'on observe
la femme on remarque une grande
dyspnoée, alors il faut se méfier, et
faire appeler un médecin, car le liquide
pleural peut devenir purulent, et la
femme s'amaigrit.

Maladies chroniques
Tuberculose

Plus les maladies chroniques très fréquentes
est la tuberculose, favorisée par les grossesses
répétées et les allaitements prolongés.
Il y a des malades il faut s'abstenir.

l'allaitement. Le lait est très mauvais
et renferme un microbe appelé bacille
de la tuberculose.

Quand une tuberculeuse vient au monde
la mère est atteinte, la femme est même
portante, mais la grossesse terminée sans
prématurément, la mère est très fatiguée
difficilement elle se rétablit. Elle se
rétablit, la femme souffre énormément.

Toxication.

Par le tabac

Empoisonnement chronique, habituel.

La femme qui travaille dans les ma-
nufactures de tabac s'intoxique en faisant
les cigarettes et en fumant. Les cigarettes
de la cause d'avortement. Et cette femme
ne peut pas se rétablir. Elle souffre de
nausées, de vomissements pendant de longues
années.

Par le plomb.

Les femmes qui travaillent dans les
usines de fabrication de la poudre à canon
les lettres de plomb dans leur travail.
Elles souffrent de coliques, appelées coliques
de plomb.

Par le mercure. Cause d'avortement prématuré
et enfant mort, cause à la femme de laisser
son métier.

Oxyde de carbone

L'oxyde de carbone est un gaz impropre à la respiration, il s'accumule dans le sang et provoque la mort. On s'intoxique avec l'oxyde de carbone en restant longtemps au-dessus des bûches. Cette intoxication se remarque principalement par les nausées. Brown-Séquard a dit que cette intoxication provoque des contractions utérines, et de la répulsion du lait, ces contractions sont très douloureuses.

Sulfure de carbone

Syphilis

La syphilis est une maladie générale, ^{spécifique} contagieuse. Par inoculation directe, elle est caractérisée par les accidents locaux, divisés en ~~primaires~~ secondaires et tertiaires. L'accident est primitif quand il se manifeste sous l'aspect d'une plaie ulcéreuse appelée chancre, ayant un siège variable, et s'accompagnant de gonflement du côté des ganglions voisins. L'adénite simple ou double, à la suite de cette plaie qui évolue environ en 1 mois, apparaît. L'accident se condense en roséole, plaques muqueuses qui siègent du côté de la muqueuse nasale et de la muqueuse buccale. La grossesse qui modifie tout l'organisme.

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte de syphilis, le chancre est dur et a un aspect ^{plus} violacé, il dure plus longtemps, il est de même pour les plaques muqueuses. La femme syphilitique, fatiguée, supporte moins bien la syphilis.

qui peut avoir des accidents sérieux plus graves et accouche, le plus souvent, prématurément. D'un enfant mort et vicié. La syphilis peut être paternelle, ou maternelle, ou elle peut provenir du père et de la mère.

Syphilis paternelle. - Le père étant syphilitique et la mère étant saine, l'enfant est également syphilitique, ce fait est incontestable et se rencontre assez souvent; c'est la syphilis paternelle.

Syphilis maternelle. La syphilis maternelle est permanente, elle a en le temps de se développer avec l'embryon, elle l'infecte mais ce n'est ni constant ni fatal, mais il y a une cause très importante, c'est l'âge de la syphilis.

Si la femme a la syphilis pendant dix ans et ayant été soignée, vers l'accouchement, elle ne présente plus d'accidents, cette syphilis ancienne, antérieure à la grossesse, peut avoir une influence nuisible sur le fœtus, mais elle ne transmet pas la syphilis à l'enfant.

Les vieilles syphilis, bien traitées peu-
vent faire espérer que l'empêchement ne ser-
ra pas, on sera peu atteint, mais on ne
s'est jamais ^{pu} que son état se ra-
bor.

Il y a et il y a le fœtus vient à naître.
Il y a l'infirmité même, c'est à
ce moment que l'action nocive est la
plus résistante pour le fœtus, la
conception. Si au contraire, la femme
devient syphilitique dans les 3 derniers
mois de la grossesse, dans la grande majorité
des cas, le fœtus échappe à la maladie,
mais est tout de même un peu syphili-
tique. Lorsque le père est le seul atteint,
il y a une conception qui échappe presque
à la syphilis.

Quand la femme est atteinte de syphilis
en la grossesse, on observe des lésions de
la peau, il y a des éruptions, des
ulcères et des éruptions, et des
des altérations, et des lésions de la
syphilis.

Quand la femme est atteinte de syphilis

Quand on voit, on doit prévenir une
maladie qui peut intervenir et faire
craquer la grossesse jusqu'à terme.

Le syphilis est une cause d'avortement et
de faiblesse mais surtout et presque
infailliblement cause la formation d'un
trouble d'organe qui peut se manifester
à l'issue de la grossesse.

Quand la femme est contaminée dans les
3 premiers mois, la grossesse se fait
mal, l'accouchement est plus difficile
et la grossesse se termine.

Action de la syphilis
sur l'œuf.

Dans certains cas l'œuf est mort
et naît, avec des lésions locales, par
seulement par l'augmentation de
volume du fœtus et du placenta.

Dans d'autres cas l'œuf est vivant
et peut donner naissance à des lésions
certaines, comme des kystes, des abcès, des
phlegmes, des tumeurs, etc. etc. etc.
face postérieure, ou à la face postérieure.
et la grossesse se termine d'une
manière normale, il n'y a pas de lésion
dans le fœtus et le placenta.

Signes.

traitement plus

[illegible]

per la quale, essendovi un' opposizione
della faccenda, l'attorno non poteva
essere applicato.

Je vous prie d'accepter mes
très bons respects.

Maladies en cours -

Varices.

On trouve à peu de choses près l'équation
permanente des courbes qui ont une
seule tangente à un point quelconque
de l'axe des ordonnées, les courbes
cubiques, les courbes quartiques.
Elles ont une tangente à l'origine.
et les courbes cubiques ont une tangente
au point d'intersection des axes.
Quartiques.

Les formes des branches les vari-
ent et leur nombre est de 1 à 10.
Leur couleur est d'un blanc pur.

elles ont des ramifications
et grosses artères.
On voit des phalanges
pouvant former une ^{phalange} articulation
qui amène la rupture des vaisseaux
et entraîne l'hémorragie massive
chez le fœtus et qui peut
être mortelle.

Après les varices vulvaires et vaginales
se rompent, il faut qu'on se hâte
d'agir car l'hémorragie peut être
très abondante. Dire qu'il
convient de les traiter par la cauterisation. Ces
varices se présentent sous l'apparence
d'un varicocèle s'étendant jusqu'à
les fesses et peuvent être
très douloureuses.

Les varices vulvaires se traitent par
la cauterisation et l'excision.
On doit.

Les varices fémorales se traitent
par la ligature et l'excision.

En raison, la femme perd son sang
vers le 4^e mois et ne peut craindre
un 1^{er} bord à une...
le mal. Après l'accouchement il y a
une... et la...
(M^{re} Budin)

Pendant la grossesse, ces varices augmen-
tent, si le fœtus succède, les varices
s'affaiblissent et disparaissent.
(M^{re} Budin)

Maladies du cœur

Le cœur peut être lésé à l'intérieur, il
y a myocardite. A l'extérieur il y a péri-
cardite. En 1897, un...

Les maladies sur l'hypertrophie du
cœur, amenée par la grossesse.

Chez la femme enceinte il y a surcharge
de travail pour le cœur.

Toutes les maladies du cœur causées par
la grossesse sont : les endocardites produites
par les suites de couches infectieuses, carac-
térisées par l'épaississement de l'endocarde
qui a une surface hérivée, papillaire

et qui produisent des embolies, semant dans l'organisme des germes infectieux.

Influence de la grossesse sur — les cardiaques —

Une femme enceinte, cardiaque, présentera par l'observation, une face pâle, des lèvres ~~pâles~~ ecchymosées. Dans l'autre cas, il y aura de la congestion, des lèvres colorées, fluctuantes, et de la cyanose. Le pouls est variable avec la situation dans laquelle se trouve la femme, il est irrégulier, ou plutôt petit et filiforme. L'auscultation très forte.

À l'interrogation on apprendra qu'il y a oppression, difficulté de marche, jambes enflées. Si on applique la main sur la région précordiale, on sent une sorte de frémissement. Pendant la grossesse la femme peut être prise d'accidents vers la fin surtout ces troubles sont caractérisés par l'oppression considérable, et souvent d'asphyxie. Un certain nombre de femmes cardiaques ne portent pas bien pendant la grossesse.

Accidents gravidos - cardiaques ou
- cardio-pulmonaires -

et étouffés par l'apnée et suffocation,
asphyxie, congestion du côté des poumons,
anœmie. Les symptômes, pouvant se faire
du côté du foie (ictère), ou côté des
 reins albuminurie. Les syncopes fatiguent
marche et les malades peuvent le
travailler, ou mourir de morts subites,
et sans activité d'accouchement, suppri-
mant les efforts, et ne pouvant pas
faire d'effort.

Les poumons peuvent également s'en-
flammer, et on voit un ictère à
la suite d'une infection du sang.
La respiration se fait plus facilement.

Cela sera fait si le diagnostic est certain.
S'il y a hydramnios; grossesse gémellaire
et en attendant un médecin.

Les maladies du cœur interviennent en grossesse,
et sont généralement interrompues dans son
cours, l'avortement est rare, mais l'ac-
couchements prématuré est plus fréquent.
Ce n'est pas rare qu'une hémorragie

Appétition, de l'appareil digestif.
Chaque chose coûte un peu à l'estomac.
On ne peut pas donner de l'information
de son libre arbitre, se montrant
surtout dans la jeunesse, et est connue
surtout à l'âge de l'adolescence.

Caillonnage. - Les os sont durs, tendus; le caillonnage
est dur; passe, un peu de colle avec
le caillonnage d'iode sur le bord libre des
os.

Les os sont durs et durs, et la
physique qui peut exister avec les
os.

Chaque os est durs et durs, et la
physique qui peut exister avec les
os, et les os sont durs et durs, et la
physique qui peut exister avec les
os.

Les os sont durs et durs, et la
physique qui peut exister avec les
os, et les os sont durs et durs, et la
physique qui peut exister avec les
os.

Dans les derniers mois de la grossesse,
les os sont durs et durs, ils sont simples
mais peuvent amener des os durs.

Vomissements
incoercibles.

En 1822, l'Administration a fait les travaux
des vomissements en 3 sections :

Le premier caractère de la vie,
c'est la gloire. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

Don lions sans dans l'hypocrisie, les urines
se font plus claires, le diaphragme, les urines
se font plus claires, le diaphragme, les urines
se font plus claires, le diaphragme, les urines

De poids par jour.

... nervous, and I ...

- Albuminurie -

L'albuminurie est une maladie caractérisée par la présence d'albumine dans les urines.

On a émis 3 théories anciennes pour expliquer la présence assez fréquente d'albuminurie chez les femmes enceintes.

On a pensé qu'elle était due à des modifications du sang, produites par la diminution des globules rouges et l'augmentation des globules blancs.

Les modifications exercées par la pression de l'utérus sur les reins. L'utérus comprimé les veines rénales, empêche la circulation en retour, de la congestion.

On a fait remarquer que l'albuminurie était plus fréquente dans les cas de grossesse gemellaire.

L'albuminurie est surtout fréquente chez les primipares, elle apparaît surtout dans les 3 derniers mois de la grossesse.

Suivant M^{re} Boissard, l'albuminurie serait de 4 cas sur 20.

Chez les femmes mortes d'albuminurie, on a trouvé des lésions du côté des reins, néphrite,

et inflammation des vaisseaux urinaires.

L'albuminurie par elle-même peut amener des néphrites passagères.

Nouvelle théorie. — L'albuminurie est due à l'intoxication, il y a diminution d'accretion et rétention de matières toxiques, et passage de l'albumine dans le sang.

Dans certains cas, l'albuminurie est antérieure à la grossesse, les femmes albuminuriques devenant enceintes, deviennent plus malades, c'est une condition extrêmement fâcheuse.

Il y a l'albuminurie gravidique, ou celle qui apparaît pendant la grossesse; et l'albuminurie du travail, consistant en un peu d'albumine dans les urines d'une femme en travail, 1 fois sur 4. Cette albuminurie est sans importance.

Il est très important de faire le diagnostic de l'albumine vrai d'avec la fausse albumine. L'urine venant se mélanger avec le sang venant du vagin, ou louchon gélatineux, Dans ce cas douteux faire le lavage vaginal antiseptique, et pratiquer le cathétérisme.

Recherches de l'albumine d. urines Il y a 2 procédés: celui de la chaleur et par l'acide nitrique.

On met à l'acide parceque si l'urine était alcaline, rien que par la chaleur, l'albumine ne se précipiterait pas, car elle ne se précipite pas avec les milieux alcalins.

Acide nitrique
et acide acétique

Les urates se précipitent. Il faut se faire rendre compte par un médecin ou pharmacien de la quantité d'albumine fournie par jour.

Procédé d'Esbac

Analyse quantitative d'un certain degré d'urine avec acide picrique.

Signes.

Constatacion directe d'albumine dans l'urine examine les urines des femmes enceintes qui nous sont soumises pour la 1^{re} fois, surtout dans les dernier $\frac{1}{3}$ de la grossesse.

Examen...

Chez ces femmes on observe de la pâleur de la face, de la bouffissure, du côté des paupières, le matin surtout les membres inférieurs sont lourds œdématisés. Dans ces cas il n'y a pas toujours d'albuminurie, et quand il y a de l'albuminurie, il n'y a pas toujours d'œdème.

Les albuminuriques n'étant pas traités
sont sujets à des troubles, ces troubles sont
caractérisés par de la céphalalgie (marche de
tête dans la région du front; puis il y a des
troubles de la vue caractérisés par un voile
qui passe devant les yeux et qui fait
que la vue diminue et perd ce qu'on
appelle la rétinine albuminurique, il y a
des troubles nerveux, hallucinations de l'ouïe
insomnie, agitation presque constante;
douleurs épigastriques décrites par Chausse.
hémorragies observées du côté des yeux, de
la peau (purpura) saignements de nez très
abondants (épistaxies) lésions du côté du
foie; hémorragies viscérales.

L'albuminurie si elle n'est pas traitée
soignée ne fera que croître, soignée, dimi-
nuera et disparaîtra avant le travail;
Dans d'autres cas, sous l'influence du
traitement, l'albumine diminue, mais
ne disparaît pas complètement. Alors
il est important de se rendre compte
de la quantité d'urine émise dans les

24 heures, parceque les phénomènes
de défaut d'excrétion urinaire ^{ou de dysurie} et y a une
quantité de matériaux toxiques dans la circula-
tion, ceci est grâve, ^{quelques} fois il y a de l'anurie
100 jrs. environ par jour.

En général l'albuminurie qui a augmenté pen-
dant le travail, diminue rapidement
dans les jours qui suivent l'accouchement,
au point de disparaître au bout de 4 à
8 jours.

Influence de l'albuminurie L'albuminurie si elle est un peu prononcée
sur la grossesse et est une cause fréquente d'accouchement préma-
tur, car elle peut amener des hémorragies
placentaires après une physiologie parti-
culière, les nodules blancs, les infarctus,
qui sont au tant de portions du placenta
et tranchées au fœtus, par conséquent l'alimen-
tation en souffre. En général le fœtus est
peu développé, il est petit, chétif, malingre.
L'albuminurie est une cause fréquente d'hé-
morrhagie grâve au moment de la délivrance
cette hémorrhagie est très difficile à arrêter,
et amène souvent la mort de la femme.

Traitement
préventif.

On doit redoubler de précautions chez
les femmes ayant présenté des maladies
infectieuses, agissant sur les reins : scarlatine
angine infectieuse. Eviter les refroidissements
l'humidité; suer, porter de la flanelle;
lutter contre la constipation par des purgatifs
assez énergiques pour obtenir une facilité du
côté du ventre, agir surtout par le
régime alimentaire.

Traitement.

Le régime doit être absolu; sous l'in-
fluence de ce traitement, l'albumine
disparaît. Examine les urines tous les
deux jours.

Dès que l'albumine a disparu, on devra
prescrire un nouveau régime qui consiste
en : œufs, viandes blanches comme : veau,
poulet, poisson. Viandes gélatineuses : tête de
veau, pieds de porc; jambon maigre.
En un mot, aliments gras et d'une
digestion facile

comme poisson. Un peu de vin
blanc, eau de Vichy.

- Éclampsie -

L'éclampsie est une affection propre aux femmes enceintes, en travail, et aux accouchées. Elle est caractérisée par des attaques convulsives, suivies de coma avec perte de l'intelligence. Ces attaques sont accompagnées d'élévation de température, et d'albumine dans les urines. On l'observe surtout chez les primipares, ou chez celles qui ont 2 grossesses loignées l'une de l'autre.

La fréquence absolue est difficile à former, on observe à peu près une attaque sur 260 accouchement. L'éclampsie se montre le plus fréquemment chez la femme enceinte, plutôt près du terme. Pour d'autres auteurs au contraire (esquels est M^{re} Boissard), elle serait plus fréquente pendant le travail. Elle est plus rare chez les femmes, après la délivrance faite, elle survient même 8 ou 12 jours après l'accouchement.

Suivant Blot, l'attaque d'éclampsie est provoquée par l'albuminurie, cependant des femmes ont eu des attaques sans albuminurie ~~cette est très rare~~. ces cas sont rares

On observe des prodromes: céphalalgie, insomnie, troubles de la vue, de l'ouïe, vomissements, douleurs épigastriques qui durent un temps variable et l'attaque éclate.

On l'a divisée en 3 périodes: une période d'invasion très courte, caractérisée par agitation marquée, clignotement des paupières, grimace. Vient la période convulsive, caractérisée par convulsions toniques et cloniques.

Convulsions toniques

Contracture, face livide; ensuite succède la cyanose, à cause de la contracture du diaphragme et des muscles du larynx, la respiration est pour ainsi dire arrêtée; le stimulus, contraction des muscles de la mâchoire de l'opistotonus, raisent de la nuque, tête renversée sur l'épaule droite, yeux cachés sous les paupières; air stérilisé, contracture des muscles des membres; les bras en pronation forcée, le pouce enfoncé dans la paume de la main. Au bout d'une

Convulsion clonique

semi minute apparaît la convulsion clonique, les muscles sont agités d'un aspect d'un clove, ensuite ils produisent une grande inspiration, la face est

grimacante, la langue projetée en dehors
des arcades dentaires, morsure, saignée, les
yeux coulent dans des sécrétions, la tête
tourne à gauche et à droite, il y a une
tension générale de tout le corps, s'ap-
puyant sur place; les femmes ne tombent
pas de suite. Cette attaque dure assez
longtemps: la 4 minutes suivant Carnier;
une à deux 18 à 20 minutes, après la
femme est plongée dans le coma, la respi-
ration est stertoreuse, la face bouffie, tu-
mescule ainsi que la langue. Quand la
toxémie est peu marquée, le coma dure
peu, l'intelligence se réveille un peu en
les interpellant vivement, enfin l'attaque
à disparu. Dans l'immense majorité
des cas, la température s'élève, il est
indispensable de la prendre 3 fois en 24 heures.
Elle s'élève à 38° minimum 39° et 40°.
Après la température tombe; l'urine
est minime beaucoup, il faut réunir la quan-
tité excrétée dans les 24 heures, quelques fois
il y a de l'anurie, rétention des toxines
et éclampsie.

Quelquefois il n'y a qu'une seule attaque et les choses s'arrêtent, la grossesse continue, ce cas est exceptionnel.

Dans cette maladie on se le voit
des femmes (80 pour 100).

On voit d'un certain temps une nouvelle attaque réapparaître, le coma est de plus en plus long, quand il y a beaucoup d'attaques, enfin à un moment donné elles ne sortent pas du coma, il est traversé par une période convulsive, ce sont des attaques sub. inantes. Enfin la femme arrive dans une période où elle meurt.

Pronostic. - - Le pronostic est grave si la température s'élève, qu'il y ait anurie, coma profond, et beaucoup d'attaques. Comme complication il y a hémorragies méningées cérébrales, le fœtus succombe généralement à cause de l'hyperthermie, l'éclampsie provoque le travail, il se fait plutôt par résolution musculaire; le travail provoque aussi l'éclampsie. Chez ces femmes éviter les examens répétés, l'accouchement.

Dans ces cas est rapide, surprenant extrême-
ment si on n'a pas examiné, l'enfant
sort, il y a déchirure du périnée. Il
faut donc bien surveiller les écoulements.

Diagnostic. -- A la période convulsive. Il faut reconnaître
la grossesse, examen obstétrical complet,
savoir où non du travail.

On confondue les attaques convulsives d'éclampsie
avec les attaques d'épilepsie et d'hystérie.
Dans ces dernières maladies il n'y a pas
d'élévation de température.

Coma. Le coma peut être confondu avec le coma
de l'ivresse (écrit.)

Traitement. -- Empêcher les attaques d'éclampsie par
préventif. Traitement préventif: purgatifs, diurétiques,
régime lacté quelques fois absolu, continue
tant que les urines ont de l'albumine
dans les urines. Préserver contre le froid.
Il faut surtout défendre à ces femmes, de se
promener de foinage. Avoir ferme de
carnière non imposés ses volontés.

Traitement médical. Eviter les bruits, les impressions, et avoir
de l'attaque. comme entourage les personnes strictement
nécessaires; empêcher la langue d'être mordue.

point de départ d'hémorragies quelques fois mortelles. La saignée, qui agit en retirant une certaine quantité de matières toxiques, elle décongestionne les centres nerveux.

Des saignées de chaque côté des apophyses mastoïdes ne serait pas mauvais. Il faut diminuer le transport de l'élément douloureux à l'élément convulsif par le chloroforme et le chloral donnant de bons résultats.

Le chloroforme doit être donné d'une façon continue. Dès qu'on voit qu'une attaque est pour apparaître, dès qu'on verra la face pâlie, le clignotement, etc.

Traitement obstétrical.

Il faut terminer l'accouchement aussi vite que possible. Quelque fois même l'éclampsie se montre après la délivrance, cette forme est extrêmement grave.

Certaines éclampsiques peuvent et doivent nourrir.

Les précautions antiseptiques sont plus importantes à observer chez ces éclampsiques en raison des examens, puis parce qu'elles sont

plus aptes à être infectées; l'emploi des antiseptiques doit être fait avec la plus grande précaution, la plus grande surveillance afin de ne pas amener l'intoxication mercurielle en employant le sublimé. Volvrite sans cet emploi pour la femme mais pas pour les mains de la sage femme. Injection intra utérine à sublimé, suivie d'injection à l'eau bouillie.

Leucorrhée

La leucorrhée est fréquente chez les femmes, plus encore chez les femmes enceintes, doit être combattue parcequ'elle favorise les accidents septiques chez la mère et l'enfant.

C'est un écoulement jaunâtre, visqueux, empuantissant 3 linge, pour peu qu'elle soit abondante et négligée, elle amène la sensation désagréable de brûlure au puvrit, amenant les femmes à se gratter, yague la partie interne des cuisses, inf^{rieure} de l'abdomen ensuite on voit la vaginite apparaître.

qui est simple et quelques fois granuleuse. Dans la vaginite granuleuse il y a grande abondance de liquide, le doigt rencontre une muqueuse granulée (langue de chat), ces granulations peuvent devenir de plus en plus grosses; il se produit des végétations ou vaginite végétante envahissant le col et les culs-de-sac, la muqueuse vulvaire, la face interne des grandes et des petites lèvres, grossissent comme un morceau de chou-fleur. Les végétations empêchent le toucher, l'écoulement est fétide, elles sont extrêmement vasculaires. On a proposé de traiter ces végétations par l'excision, mais elles saignent beaucoup de la hémorragie grave; les traiter par les caustiques, si elles sont pédiculées mettre sur le pédicule un fil de soie aseptique, on verra qu'elles se flétrissent et tombent; on emploie beaucoup de moyens le milieu consiste en l'emploi des antiseptiques et sous ce rapport, bains d'iodure, bains de son, lavage avec liquide très chaud; (froids extrêmement mauvais.)

44° 45° même a 50° degrés; lavage fait avec
coton hydrophile; places devant les organes
génitaux, en permanence. Des compresses
trempées dans du sublimé, sur grande me-
dec. Les parties malades par
gaz iodoformée.

Proc' inversion
utérus gravide.

C'est ce qui se présente le plus sou-
vent, c'est le renversement de la totalité de
l'utérus sans la concavité du sacrum.
Le col est porté tout à fait en avant
derrière la symphyse pubienne. Il se
joint presque toujours dans ces cas avec
certain degré de rétroflexion.
Le résultat fatal de la situation se manifeste
par, se a l'incarcération, l'enprisonnement
de l'utérus qui se développera dans le petit
bassin amenant des accidents.

La rétroversion, est un accident rare
s'observant surtout chez les multipares
se rencontrant, vers le 3^{me} ou 4^{me} mois,
elle existait mais la femme ne s'en apper-
cevait pas, elle se produit extérieurement
graduellement, dans quelques cas, elle se
produit brusquement à la suite d'exercices
acc.

un peu violents, fatigue, courses en voiture
causes. — 1^o D'une part la rétention d'urine, c'est
possible, mais quand il y a rétroversion et
rétention d'urine, l'utérus ne reprend
pas sa position normale; la rétroversion
favorise la rétention d'urine et
2^o l'état du bassin grand et petit, le
bassin petit avec saillie d'une pièce
sacrée, l'utérus ne monte pas dans la
cavité abdominale; 3^o adhérences faisant
que l'utérus est toujours en rétroversion.
Adhérences dues à d'anciennes péritonites
localisées, salpingites, etc... 4^o certains
auteurs ont incriminé des adhérences en
avant (comme un tablier) 5^o l'insertion
du placenta; 6^o les gros fibromes de la
paroi postérieure; 7^o les gros utérus en
sub-involution; 8^o traumatismes, coups,
chûtes, etc...

Symptômes. — Troubles fonctionnels du côté de la
miction, envies fréquentes d'uriner,
mais la femme n'urine plus du tout.
Sans certains cas elle urine tout le
temps, mais goutte à goutte, c'est

ce qu'on appelle urines pas regorge-
ment avec douleurs atroces.

Inspection. —

À l'inspection on constate le dévelop-
pement du ventre, qui n'est pas
en rapport avec l'époque présumée de
la grossesse; tumeur médiane rémittente
qui est la vessie qui peut remonter
jusqu'à l'ombilic et contenir 8 à 6 litres,
elle peut se rompre si on n'intervient
pas. Le col de l'utérus comprime le
col de la vessie, les urines prennent
une odeur repoussante, ammoniacale
et amène de la cystite pseudo-mem-
braneuse (sac dans sac) un sac muscu-
laire et un membraneux, alors le cathété-
risme n'amène pas la sortie de l'urine
quelques fois cette vessie se contracte, on
peut croire en examinant rapidement
que c'est l'utérus.

Cathétérisme

En pratiquant le cathétérisme la
tumeur disparaît, ensuite on pratique
le palper et on ne trouve pas l'utérus,
puis le toucher on a des sensations bizar-
res, on ne trouve pas l'utérus.

plus d'cul-de-sac, la paroi postérieure du vagin n'existe plus, on sent une tumeur dure, la paroi antérieure paraît démesurément longue, on cherche le col qu'on trouve en avant, en l'effleurant derrière la symphyse pubienne, ou dans quelques cas au-dessus de la symphyse, alors le diagnostic est fait et la rétroversion. Cependant on peut se tromper et croire à une grossesse extra-utérine, on a un avortement.

Dans la rétroversion le fœtus peut mourir, soit par rupture de la vessie, soit par l'enclavement de l'utérus qui peut se rompre, ou se gangréner, quelques fois, l'utérus s'ouvre par sa face postérieure devenue antérieure, le périnée tombe, pres la forme d'une

Dans certains cas, les femmes trouvent le moyen d'uriner dans certaines positions, ce qui est rare et s'observe à la suite du cathétérisme.

pratique 2 fois par jour - si la femme
ne se plaint pas trop. Il faut inviter
cette femme à se coucher sur le côté
où en situation gémme - pectorale, où
on introduit dans le vagin le spéculum
de Sims, alors l'utérus retombe. Si la
réversion persiste, il faut la réduire;
administre du chloroforme, le médecin
s'assurera du degré d'adhérence, et avec
une main essayera de le replacer
en passant sur le côté pour éviter
le promontoire, il mettra un tampon
dans le cul-de-sac postérieur.

On a proposé l'avortement
en ponctionnant l'utérus par le rectum
(cette opération doit être dangereuse.)

Relâchement des symphyses.

Sous l'influence de la grossesse, il y a ramollissement des fibro-cartilages; à la suite de ce ramollissement il y a relâchement; ^{des symphyses} ce relâchement est pathologique que lorsqu'il est très accentué.

Symptôme :

La femme éprouve de la difficulté à marcher, elle marche de plus en plus en canard, se fatigue très rapidement, elle a quelquefois de la difficulté à se retourner dans son lit. Ce relâchement provoque de la douleur accrue par la marche et par la pression.

Examen :

Pour constater ce degré de mobilité, il faut pratiquer le toucher, la femme étant debout, après s'être accroupie devant elle, introduire un doigt dans le vagin et en appliquer la face palmaire sous la symphyse pubienne, de façon que celle-ci soit à cheval sur le doigt, on engage la femme à pénétrer lentement, sur place en avant alternativement l'une et l'autre fesse, pendant qu'elle pousse ainsi.

le Doigt sent très nettement les mouvements qui se passent dans l'articulation : chaque fois, en effet, que l'une des jambes quitte le sol, le pubis correspondant remonte avec elle, pendant que l'autre pubis reste immobile, ce chevauchement se parfois considérable et semble atteindre plus d'un centimètre.

Un autre signe beaucoup plus rare que le précédent, est le craquement produit dans l'articulation par le déplacement des os; ce craquement se renouvelle le temps ou temps quand la malade fait un grand mouvement avec les membres inférieurs ou se retourne dans son lit, quand il se produit, il est entendu et senti par la malade ou par le médecin (ou sage-femme). C'est un bon signe, mais sa rareté est regrettable.

Pour les Diagnostics Symphyses sacro-iliaques le Diagnostic est un peu plus grave. on pratique le toucher vaginal et on appuie au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Si la femme éprouve de la douleur ou

à cet endroit, on pourra affirmer le relâchement; mais il est très rare de voir une symphyse mobile, sans que les autres le soient.

Après l'accouchement ce relâchement disparaît. Dans certains cas l'allaitement est contraire, si on a un relâchement persistant des os pubis; il suffit de cesser l'allaitement pour voir tout rentrer dans l'ordre.

Maladies de l'oeuf

L'hydorrhée (ou fausses-eaux) est une affection grave caractérisée par l'écoulement anormal d'une certaine quantité de liquide.

On distingue 2 variétés: 1^{re} Hydorrhée déciduale, 2^e hydorrhée amniotique.

Hydorrhée déciduale.

Le liquide vient de la cavité, c'est le résultat d'une ancienne métrite.

(l'oeuf est formé) et de la transudation soit des vaisseaux sanguins, soit des lymphatiques. c'est une affection très grave rare qui se rencontre dans les 3 derniers mois

M^{re} Carnier

De la grossesse, cependant il y a des cas
dans lesquels il se fait un écoulement
de liquide dans les premiers mois.
Dans les derniers mois, le liquide s'écoule
par petits jets, ce qui se reproduit plusieurs
fois à intervalles variés.

Ce liquide est généralement clair, peu
ou pas teint, imitant le lait.

Il n'a pas d'action sur la grossesse
c'est-à-dire qu'il n'entraîne pas l'accou-
chement prématuré, il n'a aucune
action sur le fœtus.

Hydramnios amniotique

Dans l'hydramnios amniotique le liquide
proviendrait de l'intérieur de l'œuf, mais
après la rupture des membranes;
la femme accouche plusieurs fois ou
plusieurs semaines après, si on examine
cette femme pendant le travail, on voit
que la membrane amnios est intacte
c'est donc une poche amnio-choriale
qui s'est formée entre le chorion et
l'amnios et le liquide s'écoule par
une déchirure du chorion, ce liquide
vient bien de l'intérieur de l'œuf
mais il s'écoule à travers la membrane amnios.

Dans quelques cas, le liquide provenant de la cavité de l'œuf, s'écoule par la membrane des membranes qui se vaient en un point plus élevée que l'orifice utérin.

Si on ne reconnaît pas cette hydrothèque on peut croire à la rupture prématurée des membranes. Dans la rupture des membranes le vent de l'eau se continue.

Hydropisie de l'amnion ou hydroamnion

Cette affection est caractérisée par l'exagération du liquide amniotique, la quantité normale de ce liquide est variable suivant les femmes, on donne en moyenne de 800 à 1000 grs. On distingue 2 variétés de l'hydropisie aiguë et l'hydropisie chronique. Dans la 1^{re} cas cette hydropisie est peu accentuée, on s'en aperçoit elle arrive lentement graduellement. Dans la 2^e variété elle affecte une marche aiguë et s'accompagne de fièvre. ces cas sont très rares.

Causes. — Dans les cas de grossesse jumeillaire, il n'est pas rare d'observer l'hydropisie d'un des œufs, cela est dû à la gêne de la circulation d'un des fœtus.

Dans les cas de malformations fœtales.

Dans la syphilis on observe très souvent un excès de liquide amniotique.

Symptômes. — Lorsqu'ils sont peu marqués, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de liquide, au contraire dès que la quantité de liquide devient plus considérable les symptômes sont plus marqués, ce qui frappe tout d'abord la vue, c'est le volume exagéré de l'utérus qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. En raison de cette exagération il y a des troubles du côté de la femme, elle respire et marche difficilement, elle a le même sus-tubien et les mêmes troubles inférieurs ainsi que les varices.

Palper. — Par le palper on constate les parties dures qui flottent dans le liquide amniotique en insérant le petit corps sur un. Des côtés de la paroi abdominale, on a la

Toucher. —

sensation de fluctuation (flots.) Dans certains cas on obtient le balottement abdominale. Dans d'autres cas par le toucher on obtient le balottement vaginal. Quelques fois on a pas la sensation de retour; le fœtus étant très mobile dans le liquide amniotique; le canal vaginal cervical est souvent ouvert, on arrive facilement aux membranes même chez les primipares.

Auscultation. —

L'auscultation présente des difficultés considérables, en raison de la grande quantité de liquide amniotique on n'entendra pas les bruits du cœur fœtal. Dans d'autres cas on entend les bruits du cœur très sourds.

Pronostic. —

Le pronostic est très grave pour la mère lorsque la quantité de liquide est très accentuée par suite de la trop grande distension des parois abdominales refoulant le diaphragme il y a des phénomènes de suffocation et d'oppression. Pour l'enfant pronostic est très grave d'abord; parce que cet enfant peut être asphyxique; il peut y avoir vices

de conformation surtout du côté de l'acromi-
mité céphalique, on ne peut savoir
quel est la partie s'étale qui va se
présenter. Si les membranes sont rompues
prématurément, il peut y avoir pro-
lapse du cordon; il peut y avoir aussi placenta
prævia.

Conseils à tenir. Dans les cas urgents, on est autorisée à
rompre prématurément les membranes
dès le début du travail. On se rompt
les membranes en faisant une petite incision
avec le doigt dans l'auget
afin que le liquide ne s'écoule pas
trop brusquement, cela pouvant avoir
provoqué le cordon et mort du fœtus.

— suite —

Diagnostic. — Lorsque l'hydropisie est très accentuée, qu'il
y a distension exagérée de l'utérus, l'abdomen
est tellement tendu, que le diagnostic
devient difficile, et on peut confondre la
grossesse avec un kyste de l'ovaire.
Dans d'autres cas on a confondu cette grossesse
avec l'ascite (épanchement de liquide dans le péricrân).

ou avec une grossesse gemellaire.

Le diagnostic est alors très difficile; il faut toujours se tenir sur ses gardes. D'autant plus que la grossesse gemellaire est confondue avec une grossesse simple; Dans l'hydropisie de l'amnios le fœtus est le plus souvent petit le plus souvent il est au-dessous de la symphyse, et l'auscultation ne donne que des renseignements très vagues.

— Insertion vicieuse du placenta —

Par insertion vicieuse du placenta, on entend une anomalie dans le siège de l'insertion placentaire, qu'on l'a encore appelé placenta prævia.

Barnes. — accoucheurs anglais à divisé l'utérus en 3 zones: une supérieure, une moyenne et une inférieure.

Chaque fois que le placenta s'insère sur la zone inférieure, il y a insertion vicieuse cette zone est très riche en vaisseaux et très peu en éléments contractils. On distingue 3 variétés d'insertion, peut être marginale ou

elle n'est qu'une partie, on trouve au touché, une portion du placenta, cette variété est la plus fréquente. 3^e esp. peut aussi être centrale, le placenta recouvrant tout, l'insertion inférieure, c'est le vrai placenta praevia. Il sera facile de reconnaître l'insertion après la sortie du placenta, d'après l'ordonné de la rupture des membranes.

Diagnostic
retrospectif.

Fréquence. — La fréquence de l'insertion vicieuse du placenta est de $\frac{1}{1000}$ ou $\frac{1}{800}$ suivant les auteurs. Mais il y a une distinction à établir, il n'y a de véritable placenta praevia que quand les membranes sont déchirées parallèlement au gâteau placentaire.

Causes:

On admet que l'ovule entraîné par son propre poids allait se greffer sur le segment inférieur, il y aurait trouble dans la nidation de l'ovule. Dans certains cas extrêmement rares, les trompes sont insérées sur le segment inférieur de l'utérus. On admet aussi que les ovules, les membranes, les annexes, les ovaires, les trompes, et même les ovaires, se greffent à l'insertion vicieuse. Cette insertion est le plus souvent après et sous le placenta par les membranes.

Etude du mécanisme L'insertion vicieuse du placenta est caracté-
risée par des hémorragies se montrant dans
les 3 derniers mois de la grossesse; ces hémorragies
peuvent survenir dans le 8^e dernier mois, cette
insertion entrave la marche de la grossesse
en provoquant l'avortement, pas suite.

Symptômes. —

Un développement de l'utérus, le placenta
est tiraillé, quelquefois déchiré et presque
toujours expulsé, ce qui prouve la déchirure
c'est que le placenta se décolle, alors
il y a hémorragie, mort du produit de
conception et expulsion. Dans d'autres cas au
contraire l'avortement ne se produit pas,
il y a ^{rupture spontanée et} accouchement prématuré des membranes,
si l'enfant est viable il y a accouchement
prématuré. Dans d'autres cas impossible
à expliquer, l'insertion vicieuse ne provoque
pas l'avortement, mais une hémorragie.

Symptômes. —

Palper. —

Par le palper, la femme étant enceinte
de 7 ou 8 mois; du fait de la présence
et du séjour du placenta sur le segment
inférieur, en raison de l'accommodation du
fœtus, l'engagement ne se faisant pas, la
partie fœtale ^{qui se présente} reste élevée et fait dans
à l'auscultation on peut entendre le
souffle placentaire sur les parties latérales
du bassin de la symphyse pubienne.

Auscultation

Couche. — une Des fosses-iliaques.

Le col est légèrement sérié et on constate un épaississement du segment inférieur, on sent aussi des battements.

Dans les 3 derniers mois de la grossesse la femme perd du sang; cette hémorragie se produit généralement la nuit, cette 1^{re} hémorragie est peu grave, elle est dite silencieuse, elle est peu abondante et la femme ne souffre pas; tous les 2 jours il y a une nouvelle hémorragie plus abondante au fur et à mesure qu'elle se répète.

Dans d'autres cas cette 1^{re} hémorragie est très grave et très abondante.

Les auteurs sont unanimes à déclarer que les hémorragies viennent du décollement du placenta qui glisse sur l'utérus.

L'extension du segment inférieur sera la cause suivant l'acmé du décollement

du placenta qui lui est insensible. M^{re} Boissard est du même avis; en effet le segment inférieur peut avoir la même surface que le placenta, donc le même

mouvement d'expansion ce plasma portera
sur la masse placentaire, qui se déchirera,
alors hémorragies, mais si les membranes
sont moins solides, elles céderont et la femme
perdra de l'eau.

Les jours suivants l'actension continuant,
les membranes se déchireront d'avantage
où le placenta cédera.

En général, la femme qui a perdu
de l'eau, perd du sang qu'à un
moment de l'accouchement.

Le sang perdu vient selon Simpson, de
la mère, par la portion placentaire détachée.
Le sang vient des sinus utérins qui
sont béants, ou du sinus coronaire qui
est rompu.

Pronostic. L'insertion vicieuse est très grave,
et pour la mère et pour l'enfant.

Pour la mère, ~~le pronostic est~~ le pronostic est bon
100, les statistiques sont variables. Pour
l'enfant de 4 à 10 pour 100.

Traitement

Ne pas donner de seigle ergoté, car il
n'arrêtera pas l'hémorragie, on en donne
trop de seigle, on en donne peu.

L'accouchement forcé peut être fait
suivant Simpson. La délivrance artificielle.
On introduit un ballon en violon (Barnes.)

At la 1^{re} hémorragie peu abondante, la
femme restera couchée, on fera une
injection très chaude. Donner 100 gâtelles
de Bandann. Dans les 24 heures, pour empê-

cher le retour des contractions utérines. On
fera un tamponnement intra-cervical.
Si l'extrémité pelvienne est en bas, cela

n'est pas mauvais pour nous sages-femmes.
Si on a reconnu une présentation en
sommet, on fait une version en
ramenant le siège en bas (cela ne
serait pas trop bête) car on aura plus de
prise pour faire l'accouchement.

On se rendra compte de la quantité
de sang perdu pendant cette hémorragie.
C'est une méthode déjà ancienne conseillée
par Leroux accoucheur de Dijon (1788.)

Pour faire le tamponnement on peut se
servir de linge fin ou de charpie ayant
bouilli pendant une demi-heure, ceci à
défaut de coton hydrophile.

Hémorragies

pendant la grossesse.
Si on se trouve à la campagne
on peut faire une injection
vaginales avec moitié can. moitié
rhaglé, cela réussit très
bien dans certains cas.

Diagnostic de la
présentation fœtale.

Tamponnement.

Comprimement à la gorge
hydroformée. — On répète
à ce comprimement de se ne
pas opposer une bonne digue
au sang. —

Mettre du sel dans l'eau
dans laquelle on fera bouillir
le linge. Devant servir à faire
le comprimement. On ajoute
à cette eau de P. chloré.

Si on a du coton hydrophile on fera 60 à 80 bourdonnets de la grosseur d'une noix que l'on mettra dans une solution aseptique contenue dans un bocal fermé. On attachera un fil après chaque bourdonnet, on les mettra tous après le même fil (en queue de cerf volant.) On met la femme en travers du lit, on lui donne un lavement, une injection vaginale chaude, pratique cathéterisme p. vider la vessie. On presse les bourdonnets et on les enduit de vaseline (500 grs. vaseline pour un tampon) et on les place de façon à bien boucher les culs-de-sacs. On peut les introduire avec le spéculum d'Arroustou, mais il vaut mieux les introduire sans spéculum, a dit M^{re} Boissard, les culs-de-sacs étant bien bouchés, on dispose ces bourdonnets en couronne dans tout le canal vaginal, de façon à ce qu'ils soient bien serrés les uns contre les autres. Maintenus avec un bandage on les place au niveau de la vulve. Si la femme n'a pas de douleurs et qu'il n'y ait pas urgence d'enlever, &

tampon, on le laissera 12 heures (M^r
Boissard) certains auteurs disent de le laisser
24 heures. Il faut tout préparer pour faire
un second tamponnement en cas qu'une
nouvelle hémorragie surviendrait.

Certains auteurs, en particulier Bailly
conseillent de ne pas enlever le tampon
de laisser la femme accoucher, 1^{er} temps
du tampon, 2nd temps de l'enfant.
Ceci est bon pour la femme au point
de vue de l'hémorragie, mais désastreux
pour l'enfant.

Tamponnement à la charpie (500 grs.)
Ce procédé est extrêmement douloureux,
surtout pendant la grossesse.

Ce tamponnement devra être très bien
fait afin d'arrêter l'hémorragie, il
s'accumule un peu de sang entre le
tampon et les membranes et se
coagule.

Certains auteurs, en particulier M^r Dinaud
n'admet pas et n'admet pas le tamponnement,
il dit que derrière le tampon il se
produit une hémorragie interne et
il conseille de rompre les membranes.

Le tamponnement n'est ni bon
pas bien fait expose la femme
à la septicémie

Faire la dilation forcée
avec le doigt pour arriver à
rompre largement les membranes

Lorsque la femme est en travail, les conditions sont différentes, le canal cervical étant perméable quand bien même la dilatation n'est pas complète, que le col n'est pas effacé, on peut arriver sur les membranes, on les déchire largement pour empêcher le décollement du placenta, l'hémorragie s'arrête; quelque fois elle ne s'arrête pas de suite; sous l'influence des contractions utérines le col s'efface, l'orifice s'élargit au fur et à mesure que la partie fœtale descend, elle entraîne le placenta.

Si on a affaire à un siège complet, aussitôt les membranes rompues on saisit un pied et on l'abaisse dans le vagin, ce pied fera tampon et ~~provoquera~~ provoquera les contractions utérines s'il n'y a pas ralentissements des bruits du cœur fœtal; on procédera à l'extraction du fœtus qu'à la dilatation complète.

(La sage-femme aura recours au tamponnement que quand elle sera seule et que la femme ne sera pas en danger. Si c'est possible elle fera bien d'envoyer chercher un médecin afin de se mettre à couvert.)

Quand les membranes sont déchirées, il faut s'assurer si l'aigu ne s'est pas introduit. On en a vu une occasion est très fréquente et peut amener le mort du fœtus.

Après l'accouchement il faut rester près de la femme et surveiller attentivement l'état de l'utérus, car les hémorragies de la délivrance sont très fréquentes, et la femme pourrait être prise de syncope, on doit se tenir prêt à intervenir.

On doit procéder à la délivrance artificielle, lorsque la femme le moins possible, donner une injection très chaude et faire le tamponnement à la gaze d'iodoforme, lui mettre la tête très basse, les jambes très élevées.

Autotransfusion. Comprimer les jambes avec des bandages de toile ou des bandes d'Esmac, afin de ramener vers le centre, le sang des membres inférieurs.

faire prendre des grogs chauds et du
Champagne.

Mort du fœtus pendant la grossesse. Sous des causes multiples et inconnues le fœtus meurt pendant le cours de la grossesse. Les causes de la mort du fœtus peuvent venir de certaines affections chroniques soit du père ou de la mère, ces causes sont extrêmement variées: syphilis, tuberculose, intoxication ou du côté de l'œuf: altération du placenta.

On devra rechercher la syphilis et dans une autre grossesse faire suivre à la femme un traitement qui lui fera mener sa grossesse à terme.

Il y a des femmes qui ne peuvent mener une grossesse à terme, la 1^{re} grossesse, l'enfant meurt à 1 mois, la 2^{me} à 6 mois, la 3^{me} peut quelques fois être menée à bon

- Mort habituelle du fœtus -

Les signes permettant d'affirmer la mort du fœtus n'existent à proprement parler qu'après le 8^m ou 6^m mois.

Lorsque la grossesse n'a pas atteint le 8^m mois, alors que le fœtus n'a pas donné signes d'existence, il n'est pas permis d'affirmer la mort.

Lorsque le fœtus a succombé, la grossesse s'arrête aussitôt. La mort du fœtus entraîne aux modifications physiologiques et aux manifestations pathologiques; il y a disparitions des vomissements et de l'albumine dans les urines. Il y a aussi affaiblissement des varices (dit Monsieur Budin).

La circulation placentaire ne se faisant plus, le fœtus privé de vie, baigné dans le liquide amniotique, se dissout, et quand la femme accouche, elle expulse un œuf complet qui ne contient qu'un liquide louche. (Œuf clair.) D'autrefois le fœtus se momifie, se ratatine, il est parcheminé aplati, il a l'aspect d'un bon homme en pain d'épice. D'autrefois il est pétrifié et devient dur comme de la pierre.

Il peut aussi y avoir macération, le
cordon s'infiltre, il est mou, flasque,
verdâtre. Sur la peau du fœtus, il se
forme des ampoules, des phlegmènes qui s'en
vient et le liquide devient rougeâtre.
L'épiderme s'enlève à grands lambeaux
il y a chevancement considérable des os
du crâne, décollement du cuir chevelu.
Dans certains cas, la mort du fœtus n'a
pas d'actions nuisibles pour la mère, elle
va aussi bien que possible. Dans d'autres
cas, cette mort devient extrêmement
grave pour la mère; quand le fœtus se
putrifie, c'est que les membranes sont
déchirées, et que par suite l'ouverture il
pénètre de l'air extérieur; l'orifice du
col étant fermé, on ne peut constater
cette déchirure. Prendre la température ^{de la femme} tous les ^{jours}
l'éclosion du fœtus la durée est variable, en général 8 à 10 jours
quelquefois moins quelques fois plus;
l'expulsion du fœtus se fera que lorsque
la circulation placentaire sera plus
le fœtus étant mort, la circulation placentaire
continue et le terme de la grossesse peut être
déterminé avant l'expulsion du fœtus.

Éclosion du fœtus

Symptômes. — Lorsque la grossesse a atteint son 9^m mois on distingue des signes fournis par la mère, et d'autres fournis par le fœtus.

Les signes maternels n'ont aucune valeur, ce sont des signes incertains.

Signes maternels

On ne doit jamais baser un diagnostic sur les signes de la femme —, ces signes existent mais il faut les constater soi-même. La mort du fœtus se fait en général très nettement les 3 ou 4 jours qui suivent la mort du fœtus; ce phénomène persiste, un jour ou deux.

Le ventre loin d'augmenter, cesse d'augmenter et diminue même de volume, pour deux raisons : 1^o le liquide amniotique se résorbe, 2^o le fœtus meurt et s'affaisse. En examinant la femme on voit que le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. La femme dit ne plus sentir remuer; ce signe n'est pas de grande valeur surtout dans les 9^m mois de la grossesse, il n'a aucune importance.

Signes de certitude. Il est certain de la mort du fœtus que dans les cas où on a entendu une ou plusieurs fois les bruits du cœur du fœtus, on ne les entend plus dans les jours qui suivent.

Palpes. — L'utérus est mou, on le délimite mal ou ne trouve pas de parties fœtales nageant dans le liquide, tout est mou, mat, fluctuant; dans certains cas, quand le fœtus est mort depuis quelques jours, qu'il est macéré, on arrive sur l'extrémité céphalique et on sent sous les doigts une crépitation osseuse, produite par le déplacement des os du crâne. Quand la grossesse a atteint son 6^{me} mois l'accouchement peut se passer très bien, et quelques fois très mal, l'expulsion est lente, le fœtus est mou, les parois utérines peu résistantes, on observe une poche des eaux particulière, énorme, appelée poche en 8 de chiffre ou en sablier.

Dans certains cas le fœtus vient infé-

or, flé comme un ballon, cela

offrira quelques difficultés pour la sortie
du fœtus, si par le toucher on sent une
jambe ou un bras, on ne doit pas
tirer sur ce membre qui pourrait
être blessé. Dans la main, on pourrait
aussi déterminer des lésions du côté
de la mère (On doit faire appeler un
médecin.)

La délivrance spontanée se fait générale-
ment toujours, si elle ne se fait pas
on fera la délivrance artificielle.

Après la délivrance faire une injection
inter-utérine.

Avortement

L'avortement est l'expulsion prématurée
du produit de conception avant sa viabilité
c'est-à-dire, dans les 6 premiers mois de
la grossesse selon la loi, les accoucheurs n'ad-
mettent la viabilité qu'à 7 mois.

On a divisé l'avortement : 1^o en avortement
ovulaire, 2^o en avortement embryonnaire,
3^o en avortement fœtal.

Avortement ovariaire. Dans l'avortement ovariaire, les choses passent presque insaperçues; il survient dans les 20 premiers jours de la grossesse, et se manifeste par la perte d'un peu de sang dans lequel on aperçoit des caillots; ces avortements sont très fréquents, environ 1 sur 2000 grossesses.

Causes. —

Les causes agissent de plusieurs façons; tantôt elles tuent le fœtus, et à un moment donné l'embryon et le placenta sont expulsés; d'autrefois le fœtus meurt à la suite d'altération ou côté du placenta; hémorragies placentaires, foyers hémorragiques dans l'albuminurie; môle hydatiforme, dans d'autres cas, contractions prématurées de l'utérus, traumatisme, intoxication.

Certaines femmes sont disposées à faire des avortements, un 1^{er} avortement prédispose à une série d'avortements. Souvent cet avortement a pour point de départ l'altération de la muqueuse utérine (métrite). La syphilis, l'élévation de température produite par les fièvres éruptives; l'alcoolisme (intoxication)

on a incriminé certains médicaments:
comme le sulfate de quinine et le
salicylate de soude, etc....

Ces causes produisent des effets multiples
soit en amenant des contractions utérines,
ou des hémorragies, ou la mort du fœtus.

En général, il y a quelques signes qui
annoncent que la femme est exposée à
faire un avortement: caractérisés par
des phénomènes de malaise, de lassitude,
des douleurs de reins, des énervements surtout
à l'époque des règles.

Époques Dangereuses.

La femme perd du sang en quantité
variable pendant 8 à 18 jours, la fausse
couche est alors presque certaine. Dans
certains cas, la femme ayant perdu une
assez grande quantité de sang, sous
l'influence d'un traitement quelconque
l'hémorragie s'arrête et la grossesse
suit son cours. Dans d'autres cas
l'hémorragie abondante s'arrête et au
bout d'un certain temps il y a achèvement
du décollement du placenta et expulsion
de l'embryon.

Dans le 1^{er} mois l'expulsion se fait en 1 temps, c'est-à-dire que l'œuf est expulsé en entier, il y a avortement ovulaire. L'avortement embryonnaire se fait en 2 temps, 1^{er} l'embryon, 2^e le placenta. L'avortement fœtal se fait en 3 temps.

Type contractions. — On sent l'utérus qui se contracte, puis le travail se termine sous l'influence des contractions; on touche on s'aperçoit que le col a subi des modifications annonçant les menues d'avortement.

Dans certains cas, sous l'influence des contractions utérines, le col s'enthouve, il devient perméable, on ne constate pas d'effacement du col, mais une dilatation en entonnoir, et on peut constater la présence d'un petit membrane dans le canal cervical.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend beaucoup de questions à résoudre, il faut d'abord s'assurer que la femme est enceinte; dans la suppression de la menstruation, les femmes perdent un peu de sang que l'on peut prendre pour un œuf.

Marianne Lachapelle a dit que dans la dysménorrhée, le sang précède le sang, et dans l'avortement, le sang précède le sang.

L'avortement est complet si les membranes et le fœtus sont expulsés, mais ceci est très difficile à établir. Il faut s'assurer que le placenta est expulsé; dans certains cas il y a rétention de toutes les membranes; dans d'autres cas il y a rétention de la caduque.

Traitement. - Il peut être divisé en 3 parties; la 1^{re} chose à faire est le traitement préventif. Mettre la femme dans les conditions hygiéniques les plus favorables, c'est-à-dire en ce qui concerne l'alimentation et l'aération. Forcer ces femmes à rester couchées (décubitus dorsal) à l'époque correspondant aux règles, éviter la constipation, supprimer certaines professions: cuisinières, repasseuses, sauteuses, recherches la syphilis maternelle ou paternelle et faire suivre un traitement.

Si les accidents précurseurs per tes de sang, contractions utérines se manifestent pour arrêter ces contractions il faut employer les lavements laudanisés, mais il faut au préalable donner un grand lavement pour évacuer le rectum, ensuite on donnera le lavement laudanisé avec 20 à 28 gouttes de laudanum, on peut administrer 100 gouttes de laudanum dans les 24 heures on peut donner aussi des injections de morphine sous-cutanées de morphine... on donne aussi du viburnum. Après l'accouchement on peut encore donner du laudanum.

Autrefois pour arrêter l'hémorragie on donnait du seigle ergoté. (très mauvais) s'il y a hémorragie il faut faire tamponnement et précéder celui-ci d'une injection vaginale suivie d'une injection intra-utérine. Si l'avortement est inévitable il faut le laisser se faire, si la rétention du placenta, on doit

faire des injections intra-utérines
et des injections vaginales toutes les
4 heures, faire un tamponnement
à la gâze d'iodoforme, et attendre
pour intervenir, jusqu'à ce que la
température s'élève, que le pouls
devienne plus fréquent, que les
lochies soit fetides.

Quelques fois, la rétention placentaire dure
de 10 à 18 jours, ou 3 semaines et il
n'y a aucuns phénomènes morbides
mais le plus souvent il y a hémorragies
successives et on est tenté de faire la
délivrance artificielle, mais il faut
attendre cette délivrance que si l'on
voit qu'elle soit très facile; il faut
même faire le tamponnement pour
exciter les contractions utérines, et en
même temps, le tampon on trouve la
délivrance reposant dans le canal
cervical.

Si le placenta reste trop longtemps
s'il y a menaces de septicémie
on doit procéder à la délivrance.

Grossesse extra-utérine

Dans certains cas particuliers, l'ovule fécondé n'étant pas recueilli par le pavillon de la trompe peut tomber dans la cavité abdominale, ^{s'y offre} donner lieu à une grossesse abdominale ou péritonéale. Dans d'autres cas, l'ovule étant recueilli par le pavillon de la trompe, ne continue pas son chemin il se greffe dans la trompe et donne lieu à une grossesse tubaire. Cette grossesse tubaire peut devenir abdominale par suite de la chute du fœtus provenant d'une rupture de la trompe.

Causes. — Les causes sont encore ignorées, cependant elles sont dues le plus souvent à des anomalies du côté des trompes.

Signes = 8. 1^{er} mois La grossesse est douloureuse dès le début ~~de la grossesse~~, il y a des phénomènes de péritonisme localisé: ^{ces femmes} elles sont obligées de rester au lit, à certains moments elles ont des crises aiguës, douloureuses,

elles perdent du sang généralement
forcé, dans lequel on trouve quelques
débris de membranes, pouvant faire
croire à un avortement.

Les pertes de sang ne sont jamais
abondantes, cet écoulement sanguin se
reproduit et donne lieu à des phé-
nomènes de faux travail.

Examen.

Si on examine la femme par le
palpé et le toucher combiné on
trouve difficilement le corps de
l'utérus, le col de l'utérus est dévié,
un peu œdémateux, il présente
un certain degré de ramollissement.
Le corps de l'utérus est un peu
augmenté de volume, mais cette
augmentation n'est pas en rapport
avec l'âge de la grossesse.

A partir du 8^{me} mois, la grossesse
est très facile à établir, la femme
perçoit les mouvements actifs du
fœtus, l'utérus est vide et garde le
même volume; à côté de l'utérus
on constate une tumeur, qui n'est

autre que le kyste fœtal dans lequel
est enfermé le produit de conception.
On peut le prendre pour l'utérus
gravide si la grossesse n'a pas été
reconnue.

Pronostic. —

La femme n'accouche pas et meurt
presque fatalement; 98 fois sur 100 elle
meurt de péritonite, par suite de
la rupture du kyste fœtal, le
liquide s'écoule dans la cavité péritonéale
(de la péritonite.)

Dans d'autres cas exceptionnels, la rupture
ne se produisant pas, le kyste s'incruste
de sel calcaire, c'est-à-dire
qu'il se transforme en pierre.
D'autrefois le kyste fœtal se pétrifie
~~et~~ et peut se rompre à un mo-
ment donné, et un grand nombre
de mort subite qui sont attribuées
soit à la rupture d'un anévrysme
soit à une hémorragie cérébrale
ne sont dues à autre chose qu'à
la rupture d'un kyste fœtal.
(Faire appeler un médecin)

Cas exceptionnels —
Paul Dubois à 30 ans
femme ayant porté 30 ans
un kyste fœtal incrusté
de sel calcaire —

de fœtus ainsi monifié
après la vie transformé en
un os à l'origine le
Ligament —

Quelques fois le kyste fœtal s'ouvre
au dehors et s'élimine soit par les
parois abdominales, soit par le vagin
quelque fois par le rectum - ou la
vessie, mais ces cas sont très rares.

Dystocie

La Dystocie est l'étude des difficultés
ou accidents qui mettent obstacle à
l'accouchement et nécessitent une
intervention rapide pour terminer cet
accouchement.

Elle a été divisée en 2 parties: la
dystocie fœtale et la dystocie maternelle.

Dystocie fœtale

- Dans certains cas il y a providence du
cordon lorsqu'il y a chute intestinale
du cordon, c'est-à-dire présence du
cordon précédant ou accompagnant
la partie fœtale.

Les membranes n'étant pas rompues
on dit qu'il y a providence du
cordon. Après la rupture des membranes
on dit qu'il y a providence.

Fréquence. -

Garnier 1 sur 30, Le Paul 1 sur 100.
en moyenne.

Causes. — Toutes anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, tout obstacle à l'engagement de la partie fœtale, l'exagération du cordon ou l'insertion viciée sont les causes de la proéminence du cordon.

Examen. — Examiner pendant l'intervalle d'une contraction alors que les membranes sont molles et explorer avec soin toute l'étendue de la portion mise à nu pour le degré de dilatation; on constate un petit corps flottant qui passe rapidement sur le doigt, et si l'enfant est vivant on perçoit les battements du cordon, que l'on peut confondre avec le pouls vaginal.

Pronostic. — Il est très grave, au moment où la partie fœtale s'engage le cordon se trouve comprimé, la circulation fœtale se trouve arrêtée et c'est la mort du fœtus.

Traitement. — Si la dilatation est de 2 ou 3 centimètres faire mettre la femme sur les genoux; on conseille aussi de faire un petit tamponnement.

Si la dilatation est complète, introduire la main dans la cavité utérine, le cordon étant à cheval sur le doigt essayer de le reporter dans la cavité utérine, et faire la version en ramenant un pied dans la cavité vaginale. Mais si la dilatation n'est pas complète, on doit empêcher la compression, et pour cela on introduit la main dans le vagin et on maintient la partie fœtale jusqu'à ce que la dilatation soit complète.

Procidence des membres.
Par procidence des membres, on entend la présence d'une ou de plusieurs petites parties fœtales appartenant à une région fœtale autre que celle qui se présente, l'accompagne ou la précède. Lorsque la petite partie fœtale accompagne la région fœtale et que les membranes ne sont pas rompues, on dit qu'il y a *procubitus*. Les procidences sont assez rares, elles varient

Causes.

suivant les auteurs, 1 sur 104 ou 1 sur 140.

C'est ce qui s'oppose à l'engagement.
2° la partie fœtale favorise la procidence d'un ou de plusieurs membres. C'est-à-dire on dit que la présentation de la face favoriserait beaucoup la procidence d'un membre.

Il y a procidence simple, ou présence d'un seul membre; procidence compléce ou présence de 2 membres; procidence compliquée ou présence d'un ou de 2 membres et du cordon.

Il arrive parfois que pendant la grossesse on peut trouver à côté de l'extrémité céphalique un petit membre.

Pendant le travail, elles peuvent devenir primitives et offrir de grandes difficultés. Pour bien connaître cette petite partie fœtale, on prend ce petit corps qui flotte on l'applique sur ces parois du bassin pour l'explorer plus attentivement. On a reconnu qu'il y avait grossesse mais il faut aller plus loin, il faut

l'avant-bras à la face à un pied ou
à une main, voici tous les caractères
principaux :

Le bras

Doigt est beaucoup plus long, plus
petit et opposant aux autres doigts, en
remontant un peu on aura la sensation
de la main se continuant avec l'axe
de l'avant-bras.

La présentation la plus commune, celle
qu'on observe le plus souvent est la
procidence d'une ou de deux mains,
ainsi que dans la présentation de la face.
Récemment cette procidence se produit dans
la présentation 'En siège'.

On peut faire une erreur de Diagnostic
dans le cas de grossesse gémellaire,

lorsque la procidence des membres est re-
connue le bon sens, elle n'est pas
grâce, car on ne peut pas d'enfants.

De toutes les procidences la plus rare
est celle d'une main dans la présentation
de la face, car elle tend à s'opposer au
mouvement de rotation de la tête et

Il faut surveiller les femmes dans
les cas de hydropisie de l'utérus et
les cas de présentations vicieuses, si on
rompt les membranes et faire discrètement.
Comme difficultés pouvant mettre
obstacle à l'accouchement, on signale
les enfants trop volumineux, l'excès de
volume des parties charnues de l'acromion
car il peut y avoir défaut de rotation
ou encore rotation interne pouvant retarder
l'accouchement.

Dans certains cas le fœtus peut être mal
conformé, le vice de conformation le
plus fréquent est l'hydrocéphalie.

Hydrocéphalie.

L'hydrocéphalie est caractérisée par un
excès de volume de la tête due à un
trop grande quantité de liquide dans
la cavité crânienne - celle-ci repose
la substance cérébrale.

Encéphalie

Dans l'encéphalie la tête n'est pas plus
volumineuse, car il y a une grande
quantité de liquide, mais ce qui fait
compensation il y a peu de substance
cérébrale, l'encéphalie n'arrive pas
à aboutir à l'accouchement.

L'hydrocéphalie est caractérisée par une
petite face, front saillant, difficultés
à reconnaître les sutures et les fontanelles,
car les os sont très éloignés, séparés de très
grande distance par des espaces membraneux très
considérables. La présentation du sommet
est la plus fréquente; dans les cas d'hydro-
céphalie, mais la présentation du siège
est plus fréquente que dans les
cas ordinaires, rarement le fœtus se présente
par l'épaulé, et encore plus rarement
par la face.

En général, l'hydropisie de l'amnios, ou
exagération de liquide amniotique se
rencontre souvent, presque toujours dans
les cas d'hydrocéphalie. Dans les derniers
temps de la grossesse, on est frappé, chez
une femme enceinte ayant un bassin
bien conformé du non engagement de
la partie fœtale.

Blot avait résolu de faire le diagnostic
d'hydrocéphalie rien que par l'auscultation
il prétendait que les bruits du cœur
étaient très élevés au-dessus de l'ombilic.

ceci est réel, mais il y a d'autres présen-
tations où les bruits du cœur s'entendent
au delà de l'ombilic. Monsieur Boissard
croit que ~~de part~~ ce mode n'a qu'une
valeur relative, car il ne faut pas se fier
à l'auscultation qui doit renseigner sur
sur l'état de vie ou de mort du fœtus.
Par le toucher on peut faire des erreurs.
Défaut d'examen, on peut confondre
l'hydrocéphalie avec la poche des
eaux, ou avec un fœtus mort et
macéré.

C'est une grande importance que de
reconnaître au début l'hydrocéphalie, car
les interventions sont merveilleuses, mais
il n'en est pas de même lorsqu'on laisse
ainsi aller les choses; la femme s'épuise
on voit apparaître une rupture utérine
le travail traîne en longueur. Ce qu'il
faut éviter c'est l'accouchement spontané.

- Dystocie maternelle -

La Dystocie maternelle est la partie la plus intéressante de l'obstétrique.

D'abord obstacles à l'accouchement. Du côté des parties molles on ne voit rien du corps de l'utérus. Dans certains cas la force des contractions utérines sont faibles, ce sont souvent des contractions mal dirigées, surtout chez les multipares, les parois ayant été très distendues il s'ensuit une lenteur du travail dans ces utérus penduleux. ~~Disette~~ ^{Disette} fois non seulement les contractions utérines sont mal dirigées, mais en outre, il y a obliquité de l'utérus.

Dans ces cas il faut relever l'utérus soit avec une serviette, ou alors le faire maintenir par une aide au moment de la contraction.

Causes.

Les caractères de l'insertion utérine sont so. et inconnus, ce sont: les utérus trop distendus dans les cas de grossesse gémellaire, fœtus volumineux,

l'incertitude utérine n'a qu'une influence relative sur la mère, du côté de l'enfant, il finit par souffrir, une masse séro-sanguine se forme de plus en plus, s'allonge, il n'y a aucune progression de la tête.

Il y a certains cas pathologiques où on observe des anomalies, déviation, rigidité puis oblitération du col de l'utérus. Pendant le cours de la grossesse, le col de l'utérus est 18 fois sur 100 en arrière et à gauche.

Quand la partie fœtale s'engage, le col revient progressivement dans l'axe du détroit supérieur.

Quelquefois quand la déviation du col est examinée, on trouve très difficilement celui-ci qui se trouve parfois au dessus de la symphyse pubienne et par le toucher manuel, sous le chloroforme. Cette déviation peut induire en erreur, on peut croire que le col est complètement effacé.

Traitement. — Si le col de l'utérus est dur

à gauche et à droite on peut pendant la contraction, ramener progressivement celui-ci dans son axe. L'effacement se fait d'une façon inégale.

Rigidité du col utérin -

On divise la rigidité en : rigidité anatomique, spasmodique et pathologique. Cette première s'observe assez souvent, dans ce cas le col est dur il semblerait qu'il n'a pas subi son mobilisation pendant la grossesse, il donne la sensation de cuir bouilli ou plutôt dit Monsieur Boissard de caoutchouc durci. Il y a des douleurs lombaires extrêmement douloureuses mais malgré cela il y a aucune modification du col, il reste dur, épais, le travail se prolonge ainsi pendant des heures et même des jours.

Traitement . .

Dans ces cas, ce qu'il faut c'est de la patience, de grands bains pas trop chauds prolongés, maintenir la température ; la vieille pommade à la Belladone employée autrefois est inutile, elle n'est pas efficace.

Une figure de morphine faite par un medecin ne serait pas nuisible, car elle produirait un relâchement des fibres musculaires.

Rigidité spasmodique S'observe chez les nerveuses, les primipares chez lesquelles il a été fait des examens nombreux et prolongés, dans les cas de rupture prématurée des membranes, dans les cas où on a donné du seigle ergoté. Bords extrêmement minces et tranchants si on pratique le toucher afin de se rendre compte de l'état du col, on détermine des douleurs extrêmement vives. Il reste ainsi pendant un certain temps puis le spasme disparaît, les fibres musculaires fatiguées se distendent et la dilatation peut se produire, absolument inutile et dangereux de faire la dilatation manuelle, attendre et faire usage d'opium, avoir recours aux narcotiques.

Dans la rigidité anatomique, absence de lésions, même à l'examen microscopique, dans la rigidité spasmodique

on trouve alors des lésions à la suite
d'interventions antérieures, tissus cicatrisés à
la suite de cancers.

Obstacle à l'accouchement par défaut de
dilatation de l'orifice utérin.

On ne peut dire que l'oblitération
du col soit complète, absolue, elle
résulte de cautérisations antérieures portant
sur l'orifice interne et externe.

Il faut apporter le plus grand soin - car
le diagnostic n'est pas toujours facile
et on a vu dit M^r Boissard, une
application de forceps pratiquée sur
une tête étant encore coiffée des
bords de l'orifice utérin.

Donc reconnaître la dilatation et attendre
patiemment, cependant il peut exister
des cas où il y a nécessité d'avoir recours
à l'opération césarienne.

Du côté du col on peut rencontrer de
l'œdème très marqué, d'autrefois la
partie fœtale peut être arrêtée par
la présence de brides ou encore desques
membranes percée d'un orifice, pouvant
faire faire une sorte de diaphragme.

et voir la femme en travail, mais en pratiquant le toucher avec soin, on remarque qu'il n'existe pas de cul-de-sac, la cloison se continue sans ligne de démarcation. Il y a une autre cause de dystocie, la résistance du périnée due à l'insuffisance des contractions du releveur de l'anus, d'autrefois la descente du fœtus est retardée par la longueur du plancher périméal. Cette résistance s'observe surtout chez les primipares, multipares âgées, ou primipares ayant une 2^{me} grossesse éloignée de la 1^{re}.

Dystocie maternelle
(suite)

Rétrécissement du bassin

Dans la première enfance, le bassin cette ceinture osseuse présente un certain degré de ramollissement, de mobilité. Dans certains cas pathologiques, il y a un arrêt dans l'ossification ou absence. Pour que la station verticale ait lieu, il faut que le état de gravité tombe entre les 2 jambes par le milieu du corps.

il faut que le tronc soit maintenu par
des forces équivalentes. Le poids du corps est
porté exclusivement sur le bassin, ce poids
est transmis par les os constituant la
colonne vertébrale. Mais cette pesanteur
est transmise sur le sol par les 2 fémurs,
si bien que le bassin dans la station
verticale est soumis à deux forces inverses
pression du corps et contre-pression du sol.
En un mot le bassin est soumis à une
force le reportant en arrière et l'autre en
avant celle du tronc.

Quand le bassin est mou il se laisse
déformer, il sera d'autant plus déformé
que les os seront ramollis ou que le
ramollissement se sera montré plus
tôt. Le bassin sera d'autant plus
déformé qu'il n'aura pas échappé
aux pressions et contre-pression, c'est-à-dire
que l'enfant atteint de ramollissement
qui restera dans la position horizontale
et ne marchera pas, le degré de ramol-
lissement sera moindre que chez un enfant
dans les mêmes conditions qui s'assoiera
sur son lit ou marchera.

On a divisé les bassins rétrécis en plusieurs classes: bassins viciés par excès d'amplitude, bassins viciés par excès d'étroitesse absolue ou relative; enfin bassins rétrécis par mauvaise direction des plans et des axes, inclinaison d'un côté ou au téverision forcée.

Viciation pelvienne par maladies générales: rachitisme, ostéomalacie.

Viciation pelvienne par maladies locales: altération de la colonne vertébrale qui ne conserve plus sa direction, sa courbure normale, lésions de la colonne vertébrale ou siégeant dans le bassin lui-même, et sur les membres inférieurs.

Déformations. - Le rachitisme est une maladie générale caractérisée par un arrêt ou défaut d'ossification ou par un ramollissement. Les parties qui étaient ossifiées se calcifient et le squelette est généralement mou, les tibias sont plus ou moins courbés.

Dans une certaine mesure on a vu les déformations cesser et les membres se redresser.

Une femme peut avoir extérieurement un bassin paraissant bien conformé et qui soit rétréci, de même qu'une autre femme peut présenter des déformations des membres inférieurs et le bassin être normal. Donc sous l'influence du rachitisme le bassin se ramollit, l'ensemble du squelette se ramollit, puisqu'il y a eu défaut ou arrêt dans la marche de l'ossification. Le ramollissement portant exclusivement sur le bassin n'est pas visible à l'œil, (contraire pour le ramollissement portant sur les membres inférieurs.) En outre, il y a des déformations mécaniques (bassins moins lourds, moins grands. Le ramollissement porte plus sur un côté que sur l'autre, on trouve des épaississements osseux se rencontrant surtout du côté des épines sciatiques, ces bassins ont reçu le nom de bassins épineux).

Forme générale du bassin rachitique.

C'est un bassin plat (aplati d'avant en arrière, le promontoire fait saillie en avant, il se rapproche de la symphyse pubienne. Le sacrum prend des configurations qui n

sont pas toujours les mêmes et que l'on
peut diviser en 3 variétés: Dans certains cas
il y a un certain degré d'affaissement du
sacrum, il est à concavité exagérée (agrandit
l'excavation) Dans d'autres au contraire, chez
les femmes qui ont marché, sur lesquelles
l'action des muscles pelvi-trochantériens
s'est fait sentir, au lieu d'avoir à
faire à un sacrum concave, il est
plat, dans d'autres cas il est convexe
il fait saillie en avant et forme un
faux promontoire. 1^{re} variété, rétrécissement
annele, 2^{me} variété, c'est sur toute la
filière pelvienne que le rétrécissement
est porté (rétrécissement canaliculé.)

Il en résulte un rétrécissement du détroit
supérieur portant sur le diamètre antéro-
postérieur pas d'altération sur l'excavation
ni sur le détroit inférieur, et une fois
que la tête a franchi le détroit supé-
rieur aucune difficulté. - Mais ce rétrécissement
portant sur ce diamètre est quelque fois très marqué
au lieu d'avoir 11c. il mesure 10 $\frac{1}{2}$ c. = 9 $\frac{1}{2}$ c.

ce n'est pas le rachitisme qui produit les altérations
les plus marquées, mais c'est celui qu'on rencontre
le plus souvent.

Mécanisme de l'accouchement dans — les bassins rétrécis —

Présentation du fœtus — La tête fœtale tendra toujours à s'engager
mettre ses plus petits diamètres avec les
plus petits diamètres du bassin.

Aussi bien pendant la grossesse que pendant
le travail, le sommet se met en position
droite ou gauche, mais en variété trans-
versale dans les bassins rachitiques.

Mécanisme — Pendant le travail, les contractions agis-
sant vont surprendre la tête se trouvant
placée transversalement, elle se trouvera
arrêtée par ses bosses pariétales, entre la
symphyse pubienne et le promontoire
il va donc falloir qu'un diamètre plus
petit viennet substituer à ce diamètre
sub-pariétal, ce sera le bi-temporal
car la tête va se défléchir et ce degré de
déflexion va permettre son engagement
ce diamètre étant un centimètre plus
petit et plus réductible.

Diagonalisation — La tête se diagonalise c'est-à-dire qu'elle
va se placer un peu obliquement
l'occiput tourne en arrière.

Descente d'oploomb. — Il y ~~aura~~ ^{aura} asymclitisme de la tête, elle s'incline sur son pariétal postérieur, la bosse pariétale s'engage descend la première, à ce moment on touche au lieu d'arriver sur la fontanelle postérieure — on arrive sur la fontanelle ant^{re} =, on ne trouve pas la suture sagittale qui est venue se placer sous la symphyse pubienne, puis peu à peu cette suture va se rapprocher du sacrum, elle s'éloigne de la symphyse pubienne, il va se faire un mouvement de bascule, la tête va s'incliner sur son pariétal ~~post~~ ant^{re} = puis à son tour la bosse pariétale ant^{re} = va passer, Voilà pour la présentation du sommet.

Présentation du siège. — Il survient de nombreuses difficultés pour le passage de la tête dernière, elle doit être placée transversalement, mais comme pour la présentation du sommet, elle se trouve arrêtée par son diamètre bi-pariétal, mais au lieu de se défléchir, elle va se fléchir, les bosses pariétales vont se relever pour s'écarter.

ira se loger dans l'aile du sacrum, la région malaise vers la symphyse pubienne, il y a diagonalisation.

La bosse pariétale postérieure va passer la première, puis en second lieu après un mouvement de bascule, la tête va s'incliner sur son pariétal antérieur puis passera à son tour. Ainsi les bosses pariétales vont passer successivement l'une après l'autre, d'abord la post^{re} puis l'ant^{re}. Une aide doit tirer sur le tronc en haut pendant qu'on appuie sur la bosse pariétale ant^{re}, la bosse pariétale post^{re} étant dégagée il faut tirer en bas et en arrière sur le tronc du fœtus pour engager la bosse pariétale ant^{re}.

Interrogation.

Il faut se renseigner sur les antécédents héréditaires, demander à cette femme si elle n'a pas eu d'abcès osseux, à quel âge elle a marché et si elle a toujours bien marché, s'il n'y a pas eu d'interruption dans la marche, s'il y a eu interruption demander combien de temps elle a duré.

(Voir la suite fin du cahier du Professeur Budine)

